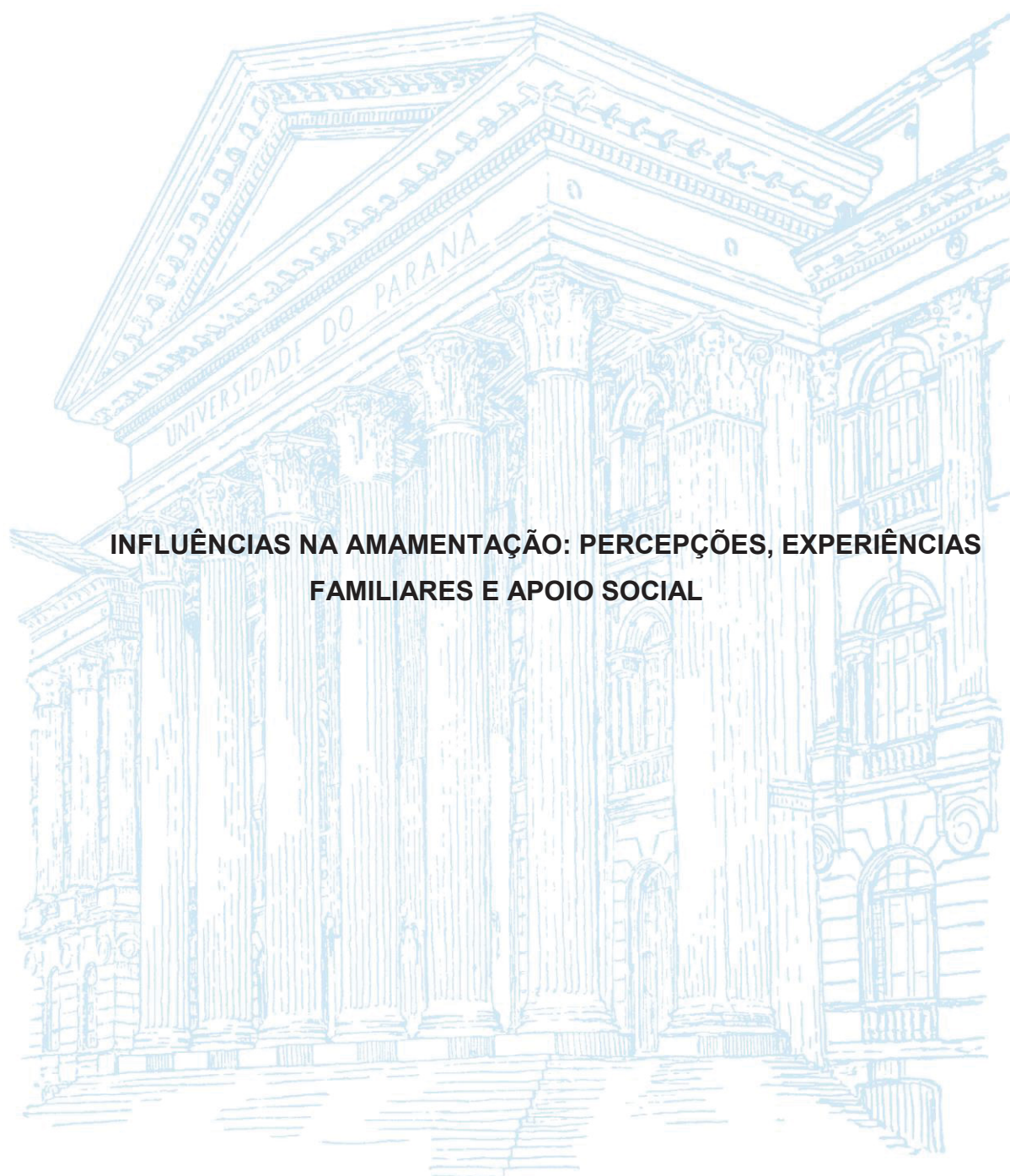


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LÍVIA PERISSÉ BARONI WAGNER



**INFLUÊNCIAS NA AMAMENTAÇÃO: PERCEPÇÕES, EXPERIÊNCIAS  
FAMILIARES E APOIO SOCIAL**

CURITIBA

2017

LÍVIA PERISSÉ BARONI WAGNER

**INFLUÊNCIAS NA AMAMENTAÇÃO: PERCEPÇÕES, EXPERIÊNCIAS  
FAMILIARES E APOIO SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dra. Verônica de Azevedo Mazza.  
Coorientador: Prof. Dra. Silvana Regina R. K. Souza.

CURITIBA

2017

Wagner, Livia Perissé Baroni  
Influências na amamentação: percepções, experiências familiares e apoio social / Livia Perissé Baroni Wagner – Curitiba, 2017.  
148 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Verônica de Azevedo Mazza  
Coorientadora: Professora Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza  
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Aleitamento materno. 2. Família. 3. Apoio social. 4. Enfermagem. I. Mazza, Verônica de Azevedo. II. Souza, Regina Rossi Kissula. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 649.33




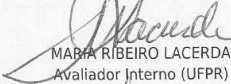
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM  
Código CAPES: 40001016045P7


### TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **LÍVIA PERISSÉ BARONI WAGNER**, intitulada: **"INFLUÊNCIAS NA AMAMENTAÇÃO: PERCEPÇÕES, EXPERIÊNCIAS FAMILIARES E APOIO SOCIAL"**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 07 de Dezembro de 2017.

  
VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA  
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

  
MARIA RIBEIRO LACERDA  
Avaliador Interno (UFPR)

  
ANNA MARIA CHIESA  
Avaliador Externo (USP)

Dedico esta dissertação à meu esposo Jonatan, meu precioso presente de Deus.  
Dedico também a meus pais, pessoas fundamentais em minha trajetória de vida e  
formação.



## **AGRADECIMENTOS**

Ao Senhor meu Deus, por me presentear com a vida, com seu infinito amor e graça. Obrigada por ser meu melhor amigo, meu porto seguro, por me fortalecer nos grandes desafios da vida e por sempre me encher de esperança. Sem ti nada seria possível.

Ao meu amado esposo Jonatan, por ser o melhor companheiro, meu grande suporte, sempre paciente, carinhoso, compreensivo e amoroso. Você traz alegria a todos os momentos de minha vida. Esta conquista também é sua.

Aos meus pais Jany e Nelson, por serem meu apoio e minhas maiores referências. Obrigada por acreditarem em meu potencial, sempre me encorajando a crescer e avançar. Agradeço todo o amor e cuidado de vocês.

À minha família, pelo carinho e pelas palavras de incentivo neste caminhar.

À minha orientadora, professora Dr.<sup>a</sup> Verônica de Azevedo Mazza, por compartilhar comigo seu tempo, conhecimento e apoio. Agradeço por seu apoio e investimento desde os tempos da graduação até hoje, seu incentivo e cuidado foram essenciais para minha caminhada profissional e pessoal.

À minha coorientadora, professora Dr.<sup>a</sup> Silvana Regina R. Kissula Souza, por sua colaboração e auxílio no desenvolvimento deste trabalho.

Às minhas amigas e companheiras de mestrado Marlise e Louise, por serem grandes parceiras de caminhada, alegrias e sofrimentos, por terem tornado este período muito mais leve e prazeroso.

Aos colegas do grupo de pesquisa GEFASED, pelo companheirismo, apoio e contribuições neste trabalho.

Às professoras Dr.<sup>a</sup> Anna Maria Chiesa, Dr.<sup>a</sup> Maria Ribeiro Lacerda e Dr.<sup>a</sup> Karla Crozeta Figueiredo, pelas contribuições significativas na banca de qualificação e pelo aceite para compor a banca de defesa deste trabalho.

Às minhas colegas de trabalho que me ajudaram durante este período, me ouvindo e fortalecendo.

A todas as famílias que participaram deste estudo, por compartilharem suas experiências e histórias que permitiram a construção desta dissertação.

## RESUMO

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, com abordagem qualitativa e caráter descritivo, da linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem. Teve por objetivos descrever os elementos fortalecedores e fragilizadores da amamentação e representar o contexto familiar da nutriz na amamentação utilizando o genograma. Realizado no município de Curitiba, Paraná, em 10 Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, no período de março a abril de 2017. Participaram do estudo 28 membros de 17 famílias com crianças de seis a 12 meses, sendo 17 mães, sete pais e quatro avós. A coleta de evidências foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e construção de genograma das famílias. Para interpretação dos evidências, utilizou-se a estratégia analítica da síntese de casos cruzados com auxílio do *software* MAXqda. Este organizou as evidências em 993 códigos, dos quais emergiram cinco categorias temáticas: a percepção de amamentação expressou a visão, as expectativas, os mitos e crenças da amamentação; a condição materna elencou os aspectos biológicos, emocionais e de organização da nutriz; a condição da criança evidenciou o comportamento de choro e preguiça, as práticas alimentares e os aspectos biológicos do lactente que influenciaram na amamentação; as experiências familiares englobaram tanto as maternas quanto de outros membros da família, sendo diferenciadas entre experiências fortalecedoras e fragilizadoras da amamentação; e a rede social de apoio, incluindo as seguintes funções sociais: ajuda material e serviços, guia cognitivo e conselhos, companhia social, apoio emocional, regulação social e as lacunas da rede. Evidenciou-se que a vontade de amamentar não foi suficiente para o sucesso da amamentação, pois alguns elementos como a doença materna e/ou da criança, atuaram como fragilizadores deste processo. É necessário extrapolar o binômio mãe e filho, por meio do envolvimento da rede de apoio tanto no âmbito familiar como dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem. O processo de cuidar na amamentação deve envolver a dimensão subjetiva, na qual consta o desejo de amamentar, a concepção de amamentação, a experiência da mulher e a história familiar de amamentação. Com estes dados, considera-se que amamentar é um fenômeno familiar e social, portanto, é necessário o fortalecimento de práticas promotoras, realizadas antes mesmo de a mulher engravidar ou logo no início do pré-natal, que permitam a efetivação e manutenção da amamentação. Ressalta-se a necessidade de políticas públicas implementadas nos serviços de saúde que sejam efetivas e que fortaleçam a rede social de apoio das nutrizes, pois a amamentação não deve ser responsabilidade exclusiva desta família. Esta compreensão da dimensão social e subjetiva pode redirecionar o processo de cuidado para práticas profissionais mais satisfatórias e promotoras da amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Família. Apoio social. Enfermagem



## **ABSTRACT**

This is a descriptive multiple case study with a qualitative approach and belongs to the line of research Care Process in Health and Nursing. It aimed at describing the elements that strengthen and weaken breastfeeding and representing their family context regarding breastfeeding by means of a genogram. The study was carried out in Curitiba – Paraná, in ten Health Units with Family Health Strategy, from March to April, 2017. Twenty-eight members of seventeen families with infants ranging from six to twelve months participated in this study. From those, seventeen were mothers, seven were fathers and four were grandmothers. Data was collected through semi-structured interviews and family representation genogram. The analytical strategy of cross-case synthesis was applied and the software MAXqda was used as a support. The software organized the data in 993 codes, of which five thematic categories emerged: perception on breastfeeding, which encompassed views, expectations, myths and beliefs surrounding breastfeeding; maternal conditions comprised biological, emotional and organization aspects of nursing mother; infant conditions enclosed infant's crying and laziness behavior, feeding practices and biological aspects that influenced breastfeeding; family experiences comprised both mother and family members experiences and they were differentiated as those which weaken or strengthen breastfeeding; and social support, which includes the following social functions: material support and services, cognitive guidance and advice, social companionship, emotional support, social regulation and gaps in such network. It was evidenced that only the desire to breastfeed is not enough to guarantee the successful of breastfeeding as some elements have acted as weakening elements of the process, such as the maternal and/or child illness. It is necessary to surpass the mother-baby binomial by involving the network of support, both within the family field and health professionals, especially nursing. The breastfeeding care must involve a subjective dimension, which includes the desire to breastfeed, the conception of breastfeeding, the experience of the woman and her family history of breastfeeding. From data collected, breastfeeding is considered a family and social phenomenon, being necessary to be promoted even before pregnancy or at the beginning of prenatal, thus allowing for its effectiveness and maintenance. Moreover, it points out the importance of implementing effective public policies that strengthen the social network of support to nursing mothers since it is not possible to delegate breastfeeding as an exclusive family responsibility. This understanding of the social and subjective dimension can redirect care process to more satisfactory professional practices and promote breastfeeding.

Key words: Breastfeeding; Family; Social support. Nursing

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	- GENOGRAMA FAMÍLIA F2 .....	42
FIGURA 2	- GENOGRAMA FAMÍLIA F7 .....	43
FIGURA 3	- GENOGRAMA FAMÍLIA F9 .....	43
FIGURA 4	- GENOGRAMA FAMÍLIA F14 .....	44
FIGURA 5	- SIMBOLOS DO GENOGRAMA .....	44
FIGURA 6	- ELEMENTOS INFLUENCIADORES DA AMAMENTAÇÃO .....	51
FIGURA 7	- PERCEPÇÃO DE AMAMENTAÇÃO .....	52
FIGURA 8	- CONDIÇÃO DA CRIANÇA .....	57
FIGURA 9	- CONDIÇÃO MATERNA .....	61
FIGURA 10	- EXPERIÊNCIA FAMILIAR .....	66
FIGURA 11	- REDE SOCIAL DE APOIO .....	70
FIGURA 12	- FORTALECENDO AS DIMENSÕES POSITIVAS DA AMAMENTAÇÃO .....	106

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	- CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS .....	39
QUADRO 2	- SÍNTESE DAS ENTREVISTAS DAS FAMÍLIAS .....	46

## LISTA DE SIGLAS

AM	-	Aleitamento Materno
AME	-	Aleitamento Materno Exclusivo
CEP	-	Comitê de Ética e Pesquisa
CONITEC	-	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
COREQ	-	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
GEFASED	-	Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento
IHAC	-	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	-	Ministério da Saúde
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NBCAL	-	Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes
NI	-	Não informado
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PAISM	-	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNIAM	-	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PROAMA	-	Programa de Aleitamento Materno
QI	-	Quociente de Inteligência
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	-	Unidade de Saúde
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	-	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
3.1 HISTÓRIA DA AMAMENTAÇÃO NO BRASIL .....	16
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO	19
3.3 CONCEITO DE AMAMENTAÇÃO .....	24
3.4 REDES SOCIAIS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO.....	26
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>31</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	31
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	31
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	32
4.4 COLETA DE EVIDÊNCIAS .....	33
4.5 ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS .....	35
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	36
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS.....	38
5.2 GENOGRAMAS DAS FAMÍLIAS.....	42
5.3 CATEGORIAS TEMÁTICAS .....	50
5.3.1 Percepção de Amamentação .....	52
5.3.2 Condição da criança .....	57
5.3.3 Condição materna .....	61
5.3.4 Experiência familiar .....	66
5.3.5 Rede social de apoio .....	70
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>79</b>
6.1 PERCEPÇÃO DA AMAMENTAÇÃO .....	79
6.2 CONDIÇÃO DA CRIANÇA .....	83
6.3 CONDIÇÃO MATERNA.....	88
6.4 EXPERIÊNCIA FAMILIAR.....	94
6.5 REDES SOCIAIS DE APOIO .....	98
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>107</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE 1 - INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....</b>	<b>124</b>
<b>APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICE 3 – QUADRO SÍNTESE DAS FAMÍLIAS .....</b>	<b>130</b>

<b>ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP/SD.....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXO 2 – APRECIÇÃO COMITÊ DE ÉTICA SMS DE CURITIBA .....</b>	<b>147</b>

## APRESENTAÇÃO

A pesquisa sobre os elementos influenciadores da amamentação surgiu mediante uma inquietação da pesquisadora durante o período em que atuou como enfermeira do Alojamento Conjunto de uma maternidade pública do Município de Curitiba/PR. Como enfermeira do serviço, a promoção e o apoio à amamentação faziam parte da rotina diária da pesquisadora, de maneira que pôde perceber a existência de aspectos que influenciavam a decisão de amamentar que iam além da escolha da mãe.

Algumas mulheres amamentavam com facilidade e naturalidade, enquanto que outras apresentavam inúmeras dificuldades e pareciam necessitar de mais apoio para amamentar. Para algumas puérperas, a presença e o apoio da família estimulavam a manutenção do aleitamento materno (AM), enquanto que outros desencorajavam a continuidade da amamentação por meio de suas atitudes. Ao observar que o contexto da nutriz influenciava a amamentação, surgiu o interesse em compreender sobre estas influências.

Atualmente, a pesquisadora atua como servidora pública do estado, inserida na gestão da Atenção Primária em Saúde, estando envolvida nos programas de aleitamento materno, pré-natal, parto e puerpério. Mediante esta vivência, percebeu que, mesmo existindo inúmeras pesquisas e políticas públicas de incentivo à amamentação, ainda há dificuldades na incorporação destes conhecimentos para a aplicação na prática assistencial.

Foi assim que, inserida no Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento (GEFASD), da Universidade Federal do Paraná, deu-se início ao presente estudo. Este é um projeto temático desenvolvido a partir de um projeto maior intitulado *O cuidado familiar à criança no primeiro ano de vida*, pertencente a linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.



## 1 INTRODUÇÃO

Estudos recentes estimam que o aumento do aleitamento materno (AM) no mundo pode prevenir anualmente 823.000 mortes de crianças e 20.000 mortes por câncer de mama nas mães. Crianças amamentadas por longos períodos têm menor morbimortalidade por causas infecciosas, menor risco de má oclusão dentária e maior inteligência quando comparadas àquelas que receberam leite materno por curto período ou às que não receberam. Crescentes evidências têm sugerido de que a amamentação pode proteger contra o sobrepeso e o diabetes na idade adulta. (VICTORA et al., 2016; BOMER-NORTON, 2014).

Mesmo com essas evidências científicas, ainda se observa um importante número de crianças que são desmamadas precocemente. Dados da última pesquisa sobre alimentação em crianças menores de um ano, realizada em 2008 no Brasil, indicou que a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em crianças menores de seis meses foi de 41%. A duração média do AME foi de 54,11 dias (1,8 meses), demonstrando que mais da metade das crianças brasileiras não recebem o AME até os seis meses. A estimativa de duração média do AM no conjunto das capitais brasileiras foi de 341,6 dias (11,2 meses), situação considerada muito ruim em relação a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de amamentar por dois anos ou mais. (BRASIL, 2009a).

Desde 1981, com a criação da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno (BRASIL, 1981), múltiplas estratégias têm sido desenvolvidas a fim de promover a amamentação. Neste sentido, recentemente no Brasil, houve a publicação do Marco Legal da Primeira Infância, que estendeu a licença maternidade para seis meses e a paternidade para 20 dias. (BRASIL, 2016). Apesar das diversas políticas e estratégias existentes, a maior parte destas foram dirigidas diretamente à mulher, não ficando explícita a corresponsabilidade da família, dos profissionais de saúde, da sociedade e do Estado na promoção e na manutenção do aleitamento materno; ou seja, credita-se à mãe a responsabilidade por esse processo.

Sabe-se que o sucesso na amamentação não é uma decisão somente da mulher, mas uma responsabilidade coletiva e social. (ROLLINS et al., 2016). Portanto, existe urgência para o desenvolvimento de métodos novos e acessíveis para promover um suporte individualizado de acordo com as necessidades da mulher,

levando em consideração sua situação particular com amamentação. (DARWENT; MCLNNES; SWANSON, 2016).

Devido à fragilidade vivenciada pelas mulheres no período puerperal, elas estão mais suscetíveis aos conselhos e valores transmitidos, principalmente, pelas avós (materna e paterna), com base em sua experiência anterior com a amamentação, e no apoio que o pai da criança fornece à amamentação. A família da puérpera exerce um papel importante após o nascimento do bebê, auxiliando no cuidado à mulher, à criança, à sua casa e à família. (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013; MARQUES; COTTA; MAGALHÃES, 2010). A família pode influenciar a amamentação tanto de maneira positiva, por meio do incentivo, auxílio, repasse de conhecimentos e benefícios do AM, como de maneira negativa, quando há desinteresse, falta de estímulo para amamentar e pressão em relação à lactante. (MAZZA et al., 2015; PONCE LEON, 2009).

Os principais elementos fragilizadores da amamentação encontrados em estudos foram: impressão de leite fraco ou pouco leite, retorno ao trabalho ou estudo, trauma mamilar, doença materna, tabagismo, sobrepeso, obesidade, prematuridade, doença da criança, práticas hospitalares de separação da mãe e bebê e a oferta de fórmula infantil. (ROCCI, 2014; ROLLINS et al., 2016).

Já os elementos que fortalecem a amamentação são: o apoio familiar, a pega adequada do bebê, a boa condição do mamilo, à atitude da mãe, o vínculo mãe-bebê e ao apoio recebido no trabalho e na escola. (NAKANO et al., 2007; SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013). Esses aspectos têm suas causas ligadas não somente à dimensão biológica, mas à rede de apoio e às construções sociais da nutriz.

Estudo realizado na Espanha, buscou determinar, avaliar e identificar o real impacto das redes de apoio social na amamentação. Identificou que o suporte da rede social influenciou positivamente na prevalência e duração da amamentação, e que o apoio formal e informal contribuiu para períodos mais longos de amamentação. Foi apontado a necessidade de políticas públicas e estratégias eficientes para promover, proteger e apoiar o AM a fim de melhorar os problemas de saúde enfrentados. (BAÑO-PIÑERO et al., 2017).

Outra pesquisa reportou a necessidade de estudos envolvendo a atenção pré-natal e a prática profissional que favoreçam mudanças culturais e informações mais realistas as nutrizes sobre o início da amamentação e do acesso a pessoas que sejam referências para o desempenho desta prática. (EDWARDS et al, 2018).

Neste sentido, o genograma é uma ferramenta que permite representar o contexto familiar da nutriz, podendo ser utilizado com enfoque na amamentação, pois permite a mudança de foco dos profissionais de saúde para uma abordagem mais dinâmica, centrada na mulher e em seu contexto, com mais oportunidade de identificar o risco de interrupção precoce da amamentação. (DARWENT; MCLNNES; SWANSON, 2016).

Por meio do presente estudo, pretende-se ampliar o olhar dos profissionais de enfermagem no processo de amamentação para além do fenômeno biológico do AM focado no binômio mãe e bebê. Ao envolver a rede social do binômio na amamentação, espera-se obter melhor entendimento sobre as percepções, experiências familiares e o apoio social, possibilitando ao profissional atuar nas fragilidades identificadas. Desta maneira, visa-se o desenvolvimento de práticas familiares e sociais mais efetivas a fim de diminuir o desmame precoce, a culpabilização da mãe, a fragilidade da mulher e a morbimortalidade infantil.

Ao se compreender os elementos fortalecedores e fragilizadores da amamentação, as políticas públicas de AM também poderão ser impactadas por meio do reforço do papel social. Por fim, a realização deste estudo visa contribuir para o avanço do conhecimento científico sobre amamentação, reforçando a importância da família, equipe de saúde, sociedade e Estado para a efetividade da amamentação. Nesta perspectiva é necessário questionar: Como atuam os elementos fortalecedores e fragilizadores da amamentação?

## **2 OBJETIVOS**

Descrever os elementos fortalecedores e fragilizadores da amamentação.

Representar o contexto familiar da nutriz na amamentação utilizando o genograma.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 HISTÓRIA DA AMAMENTAÇÃO NO BRASIL

Desde os tempos bíblicos, por volta do ano 2.066 a.C., há relatos da amamentação como uma prática comum e ideal entre os povos da época. Existem inclusive referências a figuras de amas de leite entre o povo egípcio. (BÍBLIA, 2003).

No Brasil, a primeira referência sobre amamentação foi registrada na carta de Pero Vaz de Caminha ao rei de Portugal, em que descreve as mulheres indígenas amamentando seus filhos. A prática de amamentação era difundida entre os índios tupinambá, sendo o principal alimento da criança nos primeiros anos de vida. Em contrapartida, na cultura europeia as mulheres da elite não tinham o costume de amamentar, por ser considerada uma prática indigna para uma dama, sem valorização social e moral. Com a chegada dos europeus ao Brasil, iniciou-se no país a cultura do desmame. (SILVA, 1990).

Devido ao hábito das portuguesas de não amamentarem os filhos, instituiu-se no Brasil a figura da ama de leite, denominada “saloia” (camponesa dos arredores de Lisboa), desempenhada pelas índias e, posteriormente, substituídas pelas escravas africanas. (FREYRE, 1978). A escrava, além de fornecer leite aos filhos de seu senhor, tinha relevância econômica, pois gerava lucro por meio do denominado aleitamento mercenário, que consistia no “aluguel” das amas de leite, para darem de mamar a outras crianças. Para que a escrava conseguisse amamentar o filho branco, ela era impedida de amamentar seu próprio filho negro, ocasionando, nessa época, grande abandono e morte de crianças negras. (SILVA, 1990).

No final do século XVIII e início do século XIX, inicia-se um movimento de valorização da criança, conscientização do Estado a respeito da alta mortalidade infantil e, por meio de diversos estudos europeus, os médicos passam a importar-se com a criança. (SILVA, 1990, BADINTER, 1985).

A vida da criança de elite tornou-se relevante para o setor econômico-político, e, conseqüentemente, o aleitamento materno ganha uma conotação importante para a saúde da criança. (COSTA, 1999). A tese desenvolvida por Bretas, em 1838, reprovava a participação das escravas africanas como amas de leite e enfatiza a amamentação como fortalecedora dos laços familiares. (SILVA, 1990). Nesse mesmo período, a responsabilidade pelas crianças passa das amas para os pais. (COSTA, 1999).

Com o advento da medicina higienista, buscou-se resgatar a higiene da família e o controle sobre o corpo pelo médico. A amamentação e a maternidade passaram a ser consideradas importantes para a sobrevivência das crianças, tendo relação com interesses estatais. (ALMEIDA, 1999). Havia uma imposição médica e da comunidade para que a mãe amamentasse seu filho e uma importante crítica àquelas que não o faziam, enfatizando-se a vocação natural para ser mãe e amamentar. (POLI, 2000).

Os higienistas censuravam o desmame e responsabilizavam a mãe por seus resultados, porém não auxiliavam, nem tampouco ensinavam a mulher a amamentar. O poder médico ditava as regras e invadia o interior da família determinando os papéis de cada indivíduo. (ALMEIDA, 1999).

Para obter o sucesso da amamentação, a mãe deveria seguir as seguintes regras: horários certos para a mamada; intervalo determinado entre as mamadas e tempo específico de duração delas; amamentar em ambos os seios; utilizar a chupeta para aquietar o bebê; amamentar após o parto; não oferecer água com açúcar para o bebê; e seguir as restrições alimentares para mãe lactante. (SILVA, 1990). Como a amamentação foi estabelecida sobre determinantes predominantemente biológicos e não se considerava os aspectos culturais envolvidos, a efetividade das ações realizadas foi reduzida. (ALMEIDA, 1999).

O modelo higienista era incapaz de solucionar questões relacionadas a fenômenos culturais. Nessa época, surge uma nova construção social para explicar a falta de habilidade profissional para lidar com o apoio à amamentação, o conceito do “leite fraco”. Ao admitir que existiam mulheres com leite fraco, os médicos tiveram de criar uma solução aceitável, e, então, nesses casos, a ama de leite voltou a ser aceita e justificada socialmente. (ALMEIDA, 1999).

Com as transformações sociais e econômicas do fim do século XIX, a mulher assume um papel mais relevante na sociedade e inicia sua introdução no mercado de trabalho. Como uma forma de mediar a ocupação feminina, surge o aleitamento misto, retomando-se a figura das amas de leite, papel não mais ocupado pelas escravas, mas sim por mulheres pobres, sem o apoio formal da medicina. (SILVA, 1990).

No início do século XX, acontece a ascensão da burguesia e, juntamente, o desenvolvimento da sociedade de consumo. Nesse contexto, surgem a mamadeira como um símbolo do urbanismo e da modernidade e os leites industrializados, como tratamento para o “leite fraco”. (GOLDENBERG, 1989). O “leite fraco” passa a ser considerado cientificamente como uma nova patologia, denominada “hipogalactia”.



Diante desta preocupação da medicina, permitem-se a difusão do desmame precoce como prática sociocultural e a propagação dos leites artificiais como uma alternativa higiênica e segura para as amas de leite. (ALMEIDA, 1999; GOLDENBERG, 1989). A valorização do consumo colaborou para a decadência de instituições promotoras da amamentação e, conseqüentemente, do aleitamento materno (SILVA, 1990).

Progressivamente, a comunidade médica passou da condenação do desmame ao estímulo do aleitamento artificial, como uma forma de prevenir a desnutrição infantil. O *marketing* do leite artificial era tão intenso que os médicos começaram a complementar o leite materno mesmo sem o diagnóstico de hipogalactia. Diversas ferramentas eram utilizadas pela indústria para propagar os leites artificiais, desde campanhas promocionais, informações científicas enganosas até a promoção e patrocínio de eventos médicos. (ALMEIDA, 1999).

Além disso, com o processo de urbanização a família nuclear teve de adaptar sua rede social a novas relações, formadas por instituições coletivas. Isso contribuiu para a mudança de papéis, anteriormente exclusivos da mãe, favorecendo o desmame precoce. (NAKANO, 1996). A medicalização do parto também contribuiu para a decadência do aleitamento materno, por meio de rotinas que não favoreciam o estabelecimento do vínculo mãe-bebê: a criação dos berçários nas maternidades, a excessiva divulgação de leites artificiais e a desinformação profissional sobre alimentação infantil. (ORLANDI, 1985).

Em 1974, com a publicação do livro *The Baby Killer*, de autoria de Mike Muller, foram divulgados altos índices de morbimortalidade infantil em países da África, Ásia e América Central devido à publicidade do leite artificial pelas multinacionais. (MULLER, 1974). A partir disso, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) iniciaram grandes mudanças no conceito de aleitamento materno e ações para resgatar a importância da amamentação. (INAN, 1987).

Mesmo com estas ações, ainda hoje há grande força da indústria de substitutos do leite materno, com as vendas mantendo-se em alta no mercado. O *marketing* da indústria de fórmulas infantis, a oferta de substitutos e a distribuição de amostras grátis estão associados ao aumento da utilização de mamadeira. A mídia é considerada uma importante fonte de informação para as mães e a veiculação de propagandas de fórmulas tem sido relacionada a menores taxas de amamentação. Frequentemente, os produtos são demonstrados pelas propagandas como sendo tão bons quanto, ou

melhores, que o leite materno, sendo associados a maior praticidade e diminuição do choro dos bebês. (ROLLINS et al., 2016).

Os países que apresentam melhor perspectiva em relação à diminuição das vendas de fórmulas no mercado tiveram importantes ações no âmbito das legislações, campanhas de conscientização ao público e ações na sociedade civil para apoiar a amamentação. Entretanto, o Brasil tem uma das maiores perspectivas de aumento do consumo de substitutos do leite materno do mundo. Este aumento está possivelmente relacionado ao crescimento do poder de compra e à substituição do leite animal pelas fórmulas infantis, ao invés da diminuição das taxas de amamentação. Ao se observar a trajetória das vendas de substitutos de leite, identifica-se que o *marketing* destes tem sido efetivo, reforçando a necessidade de o país possuir leis e regulamentações que impeçam a comercialização destes produtos e, principalmente, que sejam fiscalizadas e punidas as práticas inapropriadas. (ROLLINS et al., 2016)

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

A fim de garantir à criança o direito à amamentação, é dever do Estado fornecer condições dignas, higiênicas, seguras, guardadas de violência e discriminação, para que a mulher possa amamentar. Para isso, existem no Brasil diversos marcos regulatórios e normativas para proteger direta e indiretamente a amamentação. (LIMA; LEÃO; ALCÂNTARA, 2014).

Seguindo as iniciativas da OMS e UNICEF, em 1981, o Brasil instituiu o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), desencadeando um novo movimento em prol da amamentação. O programa reforçava a superioridade do leite materno em relação a outros tipos de leite, sendo divulgado à população por meios de comunicação de massa e campanhas. (BRASIL, 1981; ALMEIDA, 1999). Com o desenvolvimento do PNIAM houve um o fortalecimento da amamentação, destacando-se a superioridade do leite materno e recebendo importante aceite e apoio no meio científico. (ALMEIDA, 1999). Diversas conquistas ocorreram nesse momento: inserção do alojamento conjunto nas maternidades; a norma para comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância; regulamentação para bancos de leite humano; licença-maternidade de 120 dias; direito de mulheres com privação de liberdade a ficarem com os seus filhos durante o período de amamentação; grupos

de apoio ao AM; e, também, diversos avanços em pesquisas sobre o tema. (INAN, 1991).

Em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que “incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção”. (BRASIL, 2004). Incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação desde o atendimento ginecológico, planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério, climatério até o tratamento de doenças ginecológicas e sexualmente transmissíveis. (BRASIL, 1984). Esse programa trouxe a relevância da promoção do aleitamento desde o pré-natal até o puerpério. (BRASIL, 2009b).

Para a consolidação do AM no Brasil, foi necessário estabelecer regras para a venda de produtos que prejudicassem a amamentação. Para isso, foi publicada em 1988 a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), que regulamentou o comércio de produtos e o uso de alimentos como substitutos ou complementos do leite materno. (BRASIL, 2012). Políticas como a NBCAL são fundamentais para garantir a efetividade das demais ações, pois visam frear propagandas, ações e comércios que favorecem o desmame precoce. (LIMA; LEÃO; ALCÂNTARA, 2014).

O sistema brasileiro, em âmbito constitucional, busca proteger o direito à amamentação, ao considerar a amamentação como direito essencial do ser humano. O direito à amamentação é fundado em um sistema de proteção universal, como algo fundamental, protegendo a mulher que trabalha, a maternidade de maneira geral e o direito à saúde da criança e da mãe, por meio de políticas públicas e marcos regulatórios. (LIMA; LEÃO; ALCÂNTARA, 2014).

Em continuidade ao processo de normatização e legislação, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990, foi um importante fortalecedor das políticas de aleitamento materno, pois foram enfocadas ações de promoção, proteção e apoio à amamentação pelos serviços e profissionais de saúde. (BRASIL, 1990). O ECA dispõe sobre os direitos de proteção integral à criança e ao adolescente e assegura o acesso das mulheres a políticas públicas de saúde durante o ciclo gravídico-puerperal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, garante que as gestantes recebam orientações sobre alimentação, crescimento, desenvolvimento infantil e formas para vincularem-se afetivamente com a criança. O

governo, as instituições e os empregadores, a partir disso, são responsáveis por prover condições para a mãe amamentar, inclusive aquelas submetidas à medida privativa de liberdade. (BRASIL, 1990).

A fim de garantir à mulher e ao bebê condições e incentivo à amamentação, em 1991, por meio de uma parceria entre a OMS e o UNICEF, foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). A IHAC tem como objetivos: gerar mudanças nas rotinas e condutas dos profissionais e instituições de saúde para realizarem práticas que apoiem, protejam e promovam o aleitamento materno, a fim de diminuir o índice de desmame precoce (OMS, 2001).

Para o cumprimento desses objetivos, foram estabelecidas metas, denominadas os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, compreendidos por: passo 1 – norma escrita sobre o aleitamento; passo 2 – treinamento da equipe de saúde a respeito da norma; passo 3 – informação às gestantes atendidas sobre vantagens e manejo com a amamentação; passo 4 – amamentação na primeira meia hora após o parto; passo 5 – orientação sobre a manutenção do AM; passo 6 – aleitamento materno exclusivo; passo 7 – prática do alojamento conjunto; passo 8 – amamentação por livre demanda; passo 9 – não utilização de bicos e chupetas; passo 10 – apoio à amamentação após a alta hospitalar. (OMS, 2001).

Para receber e manter a habilitação da IHAC, os estabelecimentos deverão: cumprir os “Dez passos para sucesso do aleitamento materno”; garantir a permanência da mãe, pai ou, na ausência desses, responsável legal junto ao recém-nascido 24 horas por dia; cumprir a NBCAL e o critério global Cuidado Amigo da Mulher. Os hospitais credenciados são reavaliados a cada três anos pelas Secretarias de Saúde dos Estados ou pelo Distrito Federal, ou a qualquer momento no caso de denúncia de irregularidades. (BRASIL, 2014b). Estudos realizados em hospitais credenciados na IHAC, ao redor do mundo, identificaram que a iniciativa tem-se mostrado efetiva para a melhoria dos índices de amamentação, redução do desmame precoce e diminuição da morbimortalidade infantil. (FIGUEIREDO, MATTAR, ABRÃO, 2012).

Dentro das mudanças realizadas no âmbito hospitalar, o Ministério da Saúde, em 26 de agosto de 1993, por meio da Portaria nº 1.016, estabelece o Alojamento Conjunto como medida obrigatória aos hospitais e estabelecimentos de saúde, permitindo a permanência de mãe e bebê juntos durante 24 horas por dia. Essa

iniciativa visa incentivar a lactação e o AM, assim como o relacionamento entre mãe e bebê. (BRASIL, 1993).

Com o intuito de promover a atenção humanizada também ao recém-nascido de baixo peso, em 5 de julho de 2000 foi instituído no Brasil o Método Canguru, por meio da Portaria MS nº 693. O Método Canguru é um tipo de assistência neonatal que consiste no contato pele a pele entre a mãe e recém-nascido de baixo peso, com o objetivo de aumentar o vínculo entre mãe e filho e estimular o AM. (BRASIL, 2000).

Para que os incentivos não ficassem restritos ao âmbito hospitalar, ações como a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil têm sua relevância no fortalecimento das ações no eixo da atenção primária à saúde. A Portaria MS nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, traz como objetivo da estratégia: qualificar ações, aprimorar habilidades e competências dos profissionais de saúde, para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para a criança menor de dois anos. (BRASIL, 2013a).

Com o intuito de realizar ações mais abrangentes e que envolvessem todos os níveis de atenção, instituiu-se no ano de 2011 a Rede Cegonha, que:

Consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (BRASIL, 2011, p.109)

Uma das ações desta rede é a promoção do AM e da alimentação complementar saudável. (BRASIL, 2011).

Para a consolidação das ações relativas à humanização do nascimento, a Portaria MS nº 371, de 7 de maio de 2014, institui diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido. (BRASIL, 2014a). Em concordância, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, publicada pela CONITEC em 2016, versa sobre o incentivo ao contato pele a pele entre mãe e criança logo após o nascimento, o contato pele a pele imediato após o nascimento, o clampeamento do cordão umbilical após parada de pulsação e sobre o estímulo à amamentação na primeira hora de vida. (BRASIL, 2016a; 2014). O documento ressalta a importância do contato pele a pele como um fortalecedor da relação mãe e filho e para a maior duração do aleitamento materno. (BRASIL, 2016a).

Entende-se a necessidade das ações para incentivo à amamentação não ficarem restritas somente ao âmbito hospitalar, mas se estenderem a políticas

educacionais, promotoras da amamentação na sociedade, como, por exemplo, a Semana Mundial da Amamentação. (LIMA; LEÃO; ALCÂNTARA, 2014). Esta semana comemorada mundialmente tem por objetivos: buscar apoio de governos e diversos setores da sociedade para promover, proteger e apoiar amamentação; construir alianças sem conflitos de interesses para fortalecer as políticas de AM e alimentação infantil; mobilizar e desenvolver ações para promoção, proteção e apoio à amamentação e a práticas adequadas de alimentação infantil. (IBFAN, 2017).

Outro marco regulatório que visa apoiar o AM é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, instituída pela Portaria do MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que reforça ações direcionadas às crianças no âmbito do SUS. Tem como um de seus objetivos proteger a criança, promover e apoiar o AM, a fim de reduzir a morbimortalidade infantil desde a gestação até os nove anos de vida. (BRASIL, 2015a).

Uma estratégia relevante para o incentivo à amamentação, é o direito à licença-maternidade e paternidade garantido pela Constituição Federal de 1988. Esse benefício permite o afastamento total das funções, sem prejuízo de remuneração e emprego durante 120 dias para a mãe e 5 dias para o pai. (BRASIL, 1988). No ano de 2016, com a publicação da Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, ocorre a prorrogação da Licença-Maternidade por mais 60 dias e da Licença-Paternidade por 15 dias, para os funcionários de instituições que aderirem ao programa Empresa Cidadã. (BRASIL, 2016b).

A Lei nº 13.257 constitui o Marco Legal da Primeira Infância e tem como objetivo a promoção do desenvolvimento infantil integral. (BRASIL, 2016b). Segundo a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, o marco cria programas, serviços e iniciativas priorizando as crianças até seis anos de vida. Com essa publicação, o Brasil torna-se o primeiro país da América Latina a reconhecer a importância da criança e a valorizar a primeira infância. As políticas públicas de apoio à amamentação também são ressaltadas no Marco Legal da Primeira Infância, pois já se tem conhecimento de que o AME até os seis meses fornece benefícios por toda a vida do indivíduo. (FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL, 2016; YÁNEZ, 2016).

Com o Marco Legal da Primeira Infância, pretende-se assegurar os direitos da criança por meio de políticas públicas direcionadas, pois é dever do Estado estabelecer diretrizes claras para a atenção às crianças de zero a seis anos. O investimento na primeira infância traz importantes benefícios sociais e econômicos



para a sociedade, colaborando para melhor utilização dos recursos públicos e privados. (QUEIROZ, 2016).

O incentivo à amamentação inclui não somente a nutriz, mas os integrantes de sua família, portanto, constitui um direito ao cuidado em família, manifestado pelo acolhimento e afirmação da nova criança. Como corresponsável pela criança, compete ao Estado preservar esse cuidado tanto no plano das políticas, como no plano legislativo. (LIMA; LEÃO; ALCÂNTARA, 2014).

### 3.3 CONCEITO DE AMAMENTAÇÃO

É importante diferenciar, do ponto de vista científico, os conceitos de amamentação e de 'aleitamento materno'. Amamentação é a "oferta de leite humano diretamente da mama/peito de uma mulher lactante" (PRIMO, 2015, p.79), enquanto que o termo 'aleitamento materno' é definido pelas variadas maneiras de a criança receber leite humano, seja da mama, copinho, colher, conta-gotas e até mamadeira, e consiste em um movimento social para promover, proteger e apoiar esta cultura. (CARVALHO; TAMEZ, 2010, REGO, 2009). Uma outra distinção é com o termo 'aleitamento', este contempla qualquer forma de alimentar um bebê com leite, podendo ser de origem humana, animal ou artificial. (PRIMO, 2015).

A amamentação vai muito além da transmissão de leite de um indivíduo para outro, não compondo apenas uma técnica alimentar. É caracterizada pelo valioso processo de entrosamento entre dois indivíduos, um que amamenta e outro que é amamentado. A amamentação proporciona diversas interações que contribuem para construir e fortalecer o vínculo entre mãe e bebê. (REGO, 2009)

Em análise de conceito, a amamentação foi definida como "um relacionamento dinâmico entre uma mulher lactante e uma criança, que é iniciado num intervalo específico após o nascimento, com diferentes níveis de eficácia em termos de leite materno fornecido e recebido, em cada sessão de alimentação". (BOMER-NORTON, 2014, p.93).

Outro termo algumas vezes utilizado como sinônimo de 'amamentação' é a 'lactação', este diz respeito à produção fisiológica de leite materno. A lactação "está intimamente ligada à esfera neuroendócrina. Pode ser dividida, fundamentalmente, em três processos: mamogênese, lactogênese e lactopoeses" (RESENDE; MONTENEGRO, 2006, p.214). Quase todas as mulheres são biologicamente capazes

de lactar, porém nem todas conseguem amamentar devido ao complexo processo que envolve a amamentação e seus fatores históricos, socioeconômicos, culturais e individuais. (OMS, 2009).

Em revisão sistemática sobre os determinantes da amamentação, encontrou-se que as expectativas relacionadas à amamentação, a condição de saúde da mãe e da criança, o trabalho materno, a família, os profissionais de saúde e a sociedade exerceram influência na amamentação. Os aspectos pessoais maternos relacionados às intenções de amamentar tiveram papel preditor na amamentação. As condições de saúde da mãe relacionadas à gestação de alto risco, parto assistido e longas permanências no hospital contribuíram para o início tardio da amamentação durante a internação. (ROLLINS et al., 2016).

Fatores como a doença materna, o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade e a depressão foram considerados determinantes fragilizadores, bem como as experiências anteriores negativas com amamentação contribuíram para menor probabilidade de amamentar os próximos filhos. O trabalho materno foi um dos principais motivos para não amamentar ou para desmamar precocemente, mulheres com plano de retornar ao trabalho após o parto tiveram menor probabilidade de iniciar ou continuar a amamentação. Assim como as dificuldades na pega e posição foram consideradas razões comuns para o abandono da amamentação. (ROLLINS et al., 2016).

As condições infantis de prematuridade, baixo peso ao nascer e a doença da criança foram associadas ao início tardio da amamentação. O choro, a agitação da criança e a incapacidade de acalmar o bebê contribuíram para a nutriz pensar que não produz leite suficiente para suprir a fome do bebê, assim como as práticas hospitalares de separação da mãe e criança, a oferta de fórmula infantil e a distribuição de amostras grátis de substitutos do leite materno favoreceram o início tardio da amamentação. (ROLLINS et al., 2016).

Alguns conselhos recebidos pela mulher podem enfraquecer a confiança materna e a autoeficácia. Práticas e experiências familiares afetam a incidência e a duração da amamentação. Mulheres com parceiros que apoiaram a amamentação mantiveram-na por mais tempo. As intervenções domiciliares e familiares foram efetivas para melhorar a iniciação precoce e a manutenção da amamentação. Similar a estas, as intervenções realizadas na comunidade, incluindo aconselhamento em

grupo ou educação e mobilização social, aumentaram a iniciação oportuna da amamentação em 86% e a amamentação exclusiva em 20%. (ROLLINS et al., 2016).

### 3.4 REDES SOCIAIS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

A família, o Estado e a sociedade são responsáveis pelo cuidado à mãe e bebê e compõem a rede social desses indivíduos. No estudo da saúde das famílias, o termo 'rede social' é profícuo, devido à sua abrangência e perspectiva de variados enfoques que contemplem família, elementos comunitários, serviços de saúde, educação, social, entre outros. (GUTIERREZ, MINAYO, 2008).

O termo 'rede social' é definido por Sluzki (2010, p.2) como:

A soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua autoimagem.

Portanto, é fundamental compreender a vivência dos indivíduos na comunidade, pois por meio deste entendimento é possível identificar sua rede de apoio social. (BUDÓ et al., 2010). O universo relacional do indivíduo é composto pelos contextos culturais, subculturais históricos, políticos, econômicos, religiosos, de meio ambiente, da presença ou ausência de serviços públicos e de singularidades regionais, nacionais e continentais. (SLUZKI, 2010).

A rede de apoio do indivíduo diz respeito aos relacionamentos que uma pessoa possui para enfrentar as mais variadas situações da vida, são as funções desempenhadas por um grupo para um indivíduo. (ANTUNES; FONTAINE, 2008). Estas redes podem proporcionar relações de união, troca, transformação e suporte. (ROCHA, 2005).

A rede social pode ser avaliada por suas (SLUZKI, 2010): características estruturais – propriedades da rede em seu conjunto: tamanho, densidade, composição, dispersão, homogeneidade/heterogeneidade, tipo de funções; funções sociais/emocionais – tipo predominante de intercâmbio interpessoal característico de vínculos específicos e da soma ou da combinação do conjunto de vínculos; atributos de cada vínculo – propriedades específicas de cada relação.

A troca existente entre os membros da rede estabelece as denominadas funções da rede, descritas a seguir:

- Companhia Social – é a realização de atividades conjuntas ou meramente estar junto.
- Apoio emocional – é a atitude emocional positiva, compreensão, empatia, estímulo, apoio, simpatia, contar com a boa vontade do outro. Característica de relações próximas com família e amigos.
- Guia cognitivo e conselhos – interação com a finalidade de partilhar informações pessoais ou sociais, elucidar expectativas e modelos.
- Regulação ou controle social – relações que favorecem a resolução de conflitos, neutralizam desvios comportamentais e lembram as responsabilidades. No aspecto negativo, pode manter a família isolada, com distanciamento emocional e físico de outros membros da rede, reduzindo a atividade social.
- Ajuda material e de serviços – constituída pela ajuda física ou de colaboração específica de especialistas, abrangendo os serviços de saúde.
- Acesso a novos contatos – abertura novas relações com potencial de vínculo. (SLUZKI, 2010).

Evidências demonstram que uma rede social pessoal estável, confiável, ativa e sensível protege o indivíduo contra doenças, influencia na busca e utilização de serviços de saúde, age como fonte de ajuda e encaminhamento, favorece processos de cura e sobrevivência, sendo, então, geradora de saúde. Assim como o contrário também é verdadeiro, pois em situações de doenças e crises há uma fragilidade nas relações do sujeito e redução no tamanho da rede. (SLUZKI, 2010).

A primeira rede de relações do ser humano é a família. Na infância, a construção e consolidação das conexões cerebrais são fortemente influenciadas pelas experiências no início da vida e pela qualidade das relações socioafetivas da criança, especialmente com seus cuidadores. (CHIESA et al., 2015).

Os cuidados à criança devem ser fornecidos pela família com colaboração das instituições sociais. Esse cuidado pode ser observado logo após o nascimento, quando a família precisa atender o recém-nascido em cada uma de suas necessidades. Nesse momento, o vínculo entre mãe e bebê poderá ser estabelecido e fortalecido, influenciando no bem-estar infantil, permitindo o desenvolvimento de autoestima, segurança, identidade e autonomia da criança. Quando, por algum motivo, esses cuidados não ocorrem da maneira adequada, pode haver prejuízo na

capacidade da criança para aprender, se relacionar e regular emoções. (VERÍSSIMO; CHIESA, 2009).

Ao discutir a influência familiar nas variadas fases de vida de um indivíduo, fazem-se necessários entendimento e clareza quanto à definição de família, visto que esse é um dos focos do estudo.

Para Elsen et al. (2016, p.450),

[...] o que demarca uma família extrapola a noção de consanguinidade ou as condições em que indivíduos compartilham de um mesmo espaço de moradia; trata-se de uma rede de relações socioafetivas complexas que entrelaçam a vida de pessoas.

Para compreender a família, é necessário levar em consideração o seu contexto: social, histórico e cultural, que se encontra em constante transformação. Os membros das famílias, inseridos em determinado contexto, terão algumas tarefas e demandas às quais terão de se adaptar. Cada família específica tem suas maneiras de comunicação, que exercem influência nas experiências de seus participantes. (KREPPNER, 2000; 2003). A família é composta por indivíduos com crenças próprias, estruturas psíquicas particulares e com diferentes visões de mundo. A percepção da família sobre o processo saúde-doença influenciará na procura ou não de serviços de saúde e nos comportamentos produzidos por essa família. (ELSEN et al., 2016).

A cultura familiar se dá por meio da construção de símbolos, significados, práticas e saberes advindos do meio sociocultural, de sua família de origem, da família atual e também das vivências e relações dentro e fora da família. (ELSEN, 2004). O cuidado familiar é alicerçado na cultura da família, ocorrendo inter e intrageracionalmente, transformando-se ao longo da vida, por meio de experiências, pela rede de apoio da família, pela relação com os serviços de saúde e pela mídia. Esse cuidado é composto pelos seguintes atributos: presença (ações, interpretações e interações que demonstram solidariedade); promoção da vida e bem-estar; proteção (habitação, alimentação, orientação); inclusão (sentir-se parte, convivência) e orientação. (ELSEN, 2004).

Ao se estudar família, é necessário observar os processos de comunicação, as interações e as relações presentes entre seus componentes. Para compreender a relação entre família, cultura e desenvolvimento, o foco não deve ser o indivíduo, mas as relações existentes entre eles. E, para se pesquisar a influência do contexto no

desenvolvimento da criança, faz-se necessário levar em consideração toda a rede de relações daquela família. (DESSEN, 2010).

Na teoria dos sistemas, a família é comparada a um móbile, em que o movimento de um elemento afeta a todos os membros, cada um de uma maneira singular (WRIGHT; LEAHEY, 2008). A família possui a capacidade de criar um equilíbrio entre mudança e estabilidade, sendo necessária uma reorganização da família para se adaptar a uma nova realidade, a fim de enfrentar uma nova situação como, por exemplo, o nascimento de um filho. (WRIGHT; LEAHEY, 2008).

A família é, simultaneamente, ambiente para receber cuidados e para prestar cuidados aos seus integrantes. (ELSEN et al., 2016). Caracterizada como Unidade de Cuidado, a família deve ser apoiada pelos profissionais de saúde quando se encontra em momentos de crise e em momentos de mudança, como a chegada de um bebê, em que os pais da criança podem receber ajuda de pessoas significativas que realizam cuidado à criança. (ELSEN, 2004). Os membros da família podem colaborar com cuidados relacionados à amamentação, por meio do auxílio nesse período adaptativo. (MONTE; LEAL; PONTES, 2013).

Em estudo realizado por Sousa, Fracoli e Zoboli (2013), foram elencados os tipos de apoio recebidos pela família durante a amamentação: o apoio emocional, tranquilizando a mulher e incentivando a amamentação; o apoio instrumental, pelo auxílio nos afazeres do lar e no cuidado com os filhos; o apoio informativo, com os conselhos e orientações; e o apoio presencial, por meio da participação e suporte em momentos difíceis.

A maioria das redes sociais atua como círculos virtuosos, onde há proteção à saúde do indivíduo e manutenção da rede social. Porém, algumas redes estão em círculos viciosos, onde uma pessoa afeta negativamente sua rede social, levando a um efeito negativo na saúde individual e coletiva deste grupo, que conseqüentemente traz a diminuição e deterioração da rede. (SLUZKI, 2010).

Na maioria das vezes, a rede social é citada como um elemento que favorece a continuidade da amamentação, podendo ser caracterizada como um círculo virtuoso, porém, quando há ausência desse apoio ou ocorre o desestímulo à amamentação, esta rede pode atuar em um círculo vicioso, onde tem-se um maior risco para o desmame precoce.

Outro elemento importante da rede de apoio são os profissionais de saúde. Estes atores atuam durante todo o pré-natal, parto e no pós-parto, assistindo e



cuidando da mulher em suas necessidades de saúde, bem como em suas necessidades de apoio, escuta, conversa e orientação. (RODRIGUES et al., 2006). É necessário que o profissional reconheça a influência exercida pela rede social no processo de amamentação e na decisão da nutriz de amamentar, a fim de que estes sujeitos sejam reconhecidos e valorizados, para oferecer uma assistência de qualidade que incentive e apoie a amamentação. (SILVA, 2001).

Os benefícios do apoio da rede social são inúmeros, porém nem sempre os profissionais utilizam este conhecimento como ferramenta para aperfeiçoar o cuidado aos indivíduos. A incorporação deste saber é necessária para que se faça a transposição de um modelo biológico, para um movimento em direção à complexidade humana, a fim de que seja reforçado o papel da rede na prevenção e promoção da saúde, e também na recuperação do indivíduo, de forma com que a rede não deixe de ser utilizada por desconhecimento. (GOMES, 2016).

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo estudo de casos múltiplos com caráter descritivo. A abordagem qualitativa foi selecionada por permitir a investigação da realidade pela perspectiva dos participantes e, também, por colaborar na reflexão e interpretação dos achados pelo pesquisador.

O método estudo de caso é utilizado para o conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados, sendo útil como ferramenta para compreender fenômenos sociais complexos. Permite ao pesquisador apreender uma visão ampla do mundo real por meio do enfoque em um ou mais “casos”. (YIN, 2015). A escolha do estudo de caso foi pautada na necessidade de aprofundamento no complexo fenômeno da amamentação e dos elementos fortalecedores e fragilizadores da amamentação.

A preparação para a realização de um estudo de caso deve envolver habilidades prévias (capacidade de formular boas perguntas e interpretar as respostas, ser um bom ouvinte, ser adaptável e flexível, ter noção clara das questões que estão sendo estudadas e devendo ser imparcial em relação a noções preconcebidas, sensível e atento a provas contraditórias), treinamento e preparação para o estudo de caso específico, desenvolvimento de um protocolo, triagem dos possíveis estudos de caso e condução de um estudo de caso piloto. (YIN, 2015).

O propósito dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar aspectos de um fenômeno em seu contexto no mundo real. Ajuda, ainda, na identificação de relações de causa para serem analisadas. (YIN, 2015; POLIT; BECK, 2004).

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Curitiba/PR, que, segundo o censo de 2010, tinha uma população de 1.751.907 habitantes, dentre estes 579.745 mulheres em idade fértil (10-49 anos) e 30.790 foram os nascidos vivos neste ano. (IBGE, 2010).

Para atender a essa população, Curitiba está dividida administrativamente em 75 bairros, agrupados em dez distritos sanitários, os quais organizam o acesso aos

equipamentos de saúde populacional. São eles: Boqueirão, Santa Felicidade, Cajuru, Boa Vista, Matriz, Portão, Pinheirinho, Tatuquara, Bairro Novo e Cidade Industrial de Curitiba. O Sistema Municipal de Saúde encontra-se em gestão plena desde 1998. (CURITIBA, 2014).

Para gerenciar os serviços de saúde, o município está estruturado em 111 Unidades de Saúde. Dessas, 65 contam com Estratégia de Saúde da Família (ESF). O município dispõe, ainda, de 241 equipes de saúde da família, 175 equipes de saúde bucal, além de 30 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 8 centros de especialidades, 13 centros de apoio psicossocial, 9 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um laboratório municipal, um laboratório de prótese dentária e dois hospitais municipais. (CURITIBA, 2017).

O estudo foi realizado em 10 Unidades de Saúde (US) com ESF, sendo sorteada uma US por Distrito Sanitário do município, a fim de se obter representatividade do contexto do município.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi constituído por 28 familiares, de 17 famílias compostas com crianças com idade de 6 a 12 meses (criança índice), residentes no Município de Curitiba, atendidas pelas US sorteadas. Compuseram a amostra: 17 mães, sete pais e quatro avós. Os participantes não conheciam a pesquisadora previamente, mas foram informados sobre a formação da pesquisadora, o interesse no tema e os objetivos da pesquisa.

A amostra foi definida por saturação dos dados, o que esteve na dependência do alcance dos objetivos e da compreensão do fenômeno estudado, independentemente da quantidade de entrevistas. A saturação dos dados ocorre quando as informações que estão sendo analisadas se tornam repetitivas, acrescentando pouco ao material já obtido, ou seja, não aparecem novas ideias ou conceitos. (FONTANELLA; RICA; TURATO, 2008).

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: ser mãe, pai ou familiar de lactente com idade de 6 a 12 meses, em aleitamento materno na alta hospitalar; família cadastrada na US sorteada.

Os critérios de exclusão foram: mãe menor de 18 anos na data do parto; familiar com dificuldade de comunicação por motivo de língua estrangeira ou questões biológicas.

#### 4.4 COLETA DE EVIDÊNCIAS

A coleta de evidências foi realizada no período de março a abril de 2017 por meio entrevista semiestruturada (APÊNDICE I) e genograma elaborado pelas pesquisadoras.

A entrevista consiste em uma das fontes mais importantes de informação do estudo de caso. (YIN, 2015). Foram coletadas informações para caracterização da criança, da mãe e demais membros da família, histórico do pré-natal e parto, aspectos do contexto familiar de amamentação, relacionamentos familiares e experiência materna.

Para refinar o plano de coleta de dados com relação ao conteúdo e aos procedimentos do estudo (YIN, 2015), foram realizadas nove entrevistas piloto com cinco mães, um pai, duas avós e uma irmã da criança. Após essa fase, foram realizadas adequações no instrumento a fim de facilitar o entendimento das perguntas pelos participantes.

A abordagem inicial aos participantes se deu na sala de espera da US, sendo as primeiras entrevistadas as mães dos lactentes. As mães entrevistadas citaram os membros da família que tiveram participação no seu puerpério e a partir disso foram procurados esses familiares para a realização de entrevista, por meio de visita domiciliar, agendamento na US ou via telefone.

As entrevistas por telefone ocorreram com três pais, cujas esposas já haviam respondido a entrevista pessoalmente (momento em que foi deixado o termo). Dos três entrevistados por telefone, somente um dos participantes retornou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a pesquisadora. Mesmo após diversos contatos com os outros dois pais, não se conseguiu retorno dos Termos e, por esse motivo, foram excluídos do estudo.

Todas as entrevistas foram realizadas pela mesma pesquisadora nas dependências das US, no domicílio da família ou por contato telefônico. A duração média das interlocuções foi de 15 minutos, as quais foram gravadas em áudio e

transcritas posteriormente. As transcrições foram feitas pela pesquisadora e por duas colegas do grupo de pesquisa.

Foram utilizadas siglas para identificar os participantes do estudo. A letra 'F', acrescida de número arábico, representa uma determinada família, por exemplo, F1 – família 1. Cada membro recebeu o mesmo número de sua família, juntamente com uma sigla para representar seu papel, letra 'M' para mãe, 'P' para pai e 'A' para avó, exemplo: F3 (família 3), com seus respectivos integrantes: M 3 (mãe 3), P 3 (pai 3) e A 3 (avó 3).

Após a transcrição, as entrevistas foram devolvidas aos participantes por *e-mail* ou mensagem de Whatsapp®, para correção e revisão, se necessário. Não foi possível retornar a entrevista para uma família, pois o telefone deixado para contato estava incorreto. Nenhum dos entrevistados solicitou correção das entrevistas.

Um ponto forte da coleta de dados no estudo de caso é a possibilidade de fazer uso de variadas fontes de evidência, pois permite ao pesquisador a abordagem de diversos aspectos comportamentais e históricos e aumenta a convicção de que o estudo de caso apresentou o evento de forma precisa. (YIN, 2015). Neste estudo foram utilizados as entrevistas com os membros da família e os genogramas como fontes de evidência.

O estudo da estrutura e das relações familiares foi realizado por meio do genograma, instrumento proposto pelo Modelo Calgary de Avaliação da Família. Este instrumento possibilita a representação gráfica da família por meio de símbolos, mostrando suas características, relacionamentos e importantes eventos vividos pelas gerações. Os símbolos são utilizados para representar a estrutura familiar, favorecendo o resumo de informações complexas e a identificação do contexto familiar do indivíduo. Isso permite ao pesquisador ou profissional uma melhor avaliação da família em suas dificuldades e soluções de maneira prática, rápida e confiável. (WRIGHT; LEAHEY, 2008).

Em nosso estudo, o genograma foi utilizado para representar o contexto familiar da nutriz na amamentação a fim de complementar os dados gerados por meio das entrevistas semiestruturadas. Os genogramas das famílias (FIGURAS 1,2,3,4) foram elaborados pela pesquisadora durante as entrevistas com as mães, mediante as informações fornecidas pelas mesmas. Foram utilizados símbolos para representarem a percepção da mãe sobre o relacionamento com outros membros da família, (descritos na FIGURA 5) diferenciando-se em amizade/próximo, melhores amigos,

relações cortadas/distante, distante/conflituoso, próximo/conflituoso e distante. Os relacionamentos emocionais ilustrados foram somente aqueles referidos pela mãe durante a entrevista.

Destacaram-se no genograma as mulheres da família que tiveram experiência com amamentação maior ou igual a seis meses, e as com amamentação por menos de seis meses. Na discriminação das mães que amamentaram seus filhos, não foram consideradas aquelas que referiram tentar, mas não conseguir amamentar. Considerando que todas as mães neste estudo referiram ter tentado amamentar, apesar de nem todas terem obtido sucesso.

#### 4.5 ANÁLISE DE EVIDÊNCIAS

A família foi considerada a unidade de análise do caso. Após a transcrição das entrevistas, realizaram-se a leitura geral de todas as famílias e a elaboração dos códigos iniciais. Foram elaborados quadros de resumo de cada uma das 17 famílias do estudo, destacando suas principais características, e após uma síntese dos dados encontrados nas entrevistas.

Utilizou-se a Estratégia Analítica da Síntese de Casos Cruzados, tal técnica aplica-se à análise de casos múltiplos (YIN, 2015). Diante do material elaborado, buscou-se explorar se os casos se replicavam ou contrastavam uns em relação aos outros. (YIN, 2015). Esse tipo de análise deve ser desenvolvida com argumentos fortes, plausíveis e imparciais apoiados nos dados.

Para Yin (2015), em um estudo de casos com muitos casos (de 15 a 20, ou mais) podem-se utilizar outras estratégias analíticas. A primeira é decompor cada caso em um conjunto de variáveis comuns. A ordem desejada deve preservar a integridade de cada caso e sua combinação única de variáveis, incluindo variáveis importantes que não necessariamente façam parte do conjunto comum de variáveis. É importante ter cautela para que os aspectos únicos de cada caso sejam levados em conta. (YIN, 2015)

Para apoiar a análise de evidências da pesquisa optou-se pela utilização de *software* (YIN, 2015), sendo selecionado o MAXqda®, desenvolvido por Kuckartz em 1995, como sucessor do winMAX, um programa desenvolvido em 1989. (FLICK, 2009). O MAXqda® está indicado para análise de dados qualitativos e permite a realização de análises de conteúdo. A criação de códigos e categorias é controlada

pelo usuário, que pode criar códigos antes, durante e após a análise do material. Os códigos são representados hierarquicamente, como uma árvore, estrutura que permite diversos códigos de níveis para serem indexados. (OLIVEIRA et al., 2015).

No *software*, as entrevistas foram relidas, formou-se um conjunto inicial de códigos e, posteriormente, o agrupamento em categorias mais complexas. Para Yin (2015), os registros palavra por palavra consistem em apenas uma parte da série de evidências de um estudo de caso. Para um conjunto diversificado de evidências é necessário desenvolver suas próprias estratégias analíticas. Pode-se iniciar uma estratégia analítica por meio de modos de apresentação dos dados, por exemplo, fazendo uma matriz de categorias e colocando evidências nas categorias.

Após a finalização das categorias, foi realizada a síntese de casos cruzados entre as famílias do estudo, por meio de um novo quadro síntese com as principais informações levantadas na análise dos dados. Nesse momento utilizou-se o genograma para comparar os dados da avaliação estrutural de cada família, observando como se replicavam e contrastavam entre si, e relacionando-os com as categorias que emergiram das entrevistas.

A fim de validar o relatório do presente estudo, foram seguidas as recomendações do *checklist* COREQ (Critérios Consolidados para Relatar uma Pesquisa Qualitativa). O COREQ é um guia de pesquisa composto por 32 itens, divididos em três domínios: equipe de pesquisa e reflexividade; desenho do estudo e análise; e conclusões. Estes são considerados necessários ao desenvolvimento de estudos qualitativos, principalmente na realização de entrevistas e grupos focais. (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

Esse instrumento tem sido utilizado com a finalidade de aprimorar a qualidade das pesquisas qualitativas e consequentemente promover condutas adequadas e maior reconhecimento desta. Pode auxiliar no relato de aspectos importantes da descrição do estudo referentes à equipe de pesquisa, métodos empregados, contexto deste, revelações, análises e interpretações. (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa visa preservar os preceitos éticos de participação voluntária, esclarecida e consentida, anonimato e sigilo dos participantes, segundo a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do

Conselho Nacional de Saúde. Assim, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o Parecer nº 1.766.141 (ANEXO 1), e teve apreciação ética do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Curitiba (ANEXO 2).

Os participantes que concordaram voluntariamente em participar da pesquisa assinaram o TCLE, foram informados sobre seus objetivos e sobre a possibilidade de desistência.



## **5. RESULTADOS**

A seguir serão apresentados os resultados referente à caracterização das 17 famílias (QUADRO 1), os genogramas e o quadro síntese das famílias F2, F7, F9 e F14 e as categorias temáticas que emergiram da análise de todas as entrevistas.

### **5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS**



## QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

(continuação)

6	Mãe	19 anos	1º grau incompleto	União estável	Sim	< 1 salário mínimo	Não	-	2	2	06 meses	Mantém AM	Pai
	Pai	28 anos	1º grau incompleto						-	-			
7				União estável	Sim	NI	Não	4 dias	6	4	09 meses	Mantém AM	Pai
	Mãe	23 anos	1º grau incompleto										
8	Mãe	22 anos	1º grau incompleto	-	Sim	< 1 salário mínimo	Não	30 dias	2	2	07 meses	Desmame com 1 mês	Avó e tia
	avó materna	48 anos	1º grau incompleto						-	-			
9	Mãe	38 anos	2º grau Completo	União estável	Sim	NI	Não	04 meses	4	4	09 meses	Mantém AM	NI
	Pai	34 anos	1º grau incompleto										
10	Mãe	42 anos	2º grau Incompleto	União estável	Sim	2 a 3 salários mínimos	Não	-	5	5	06 meses	Mantém AM	NI
	Pai	36 anos	1º grau Completo										
11	Mãe	20 anos	2º grau Incompleto	Solteira	Não *	1 a 2 salários mínimos	Não	-	1	1	11 meses	Desmame aos 7 meses	Avó e pai
	avó materna	43 anos	1º grau incompleto										

QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

(conclusão)

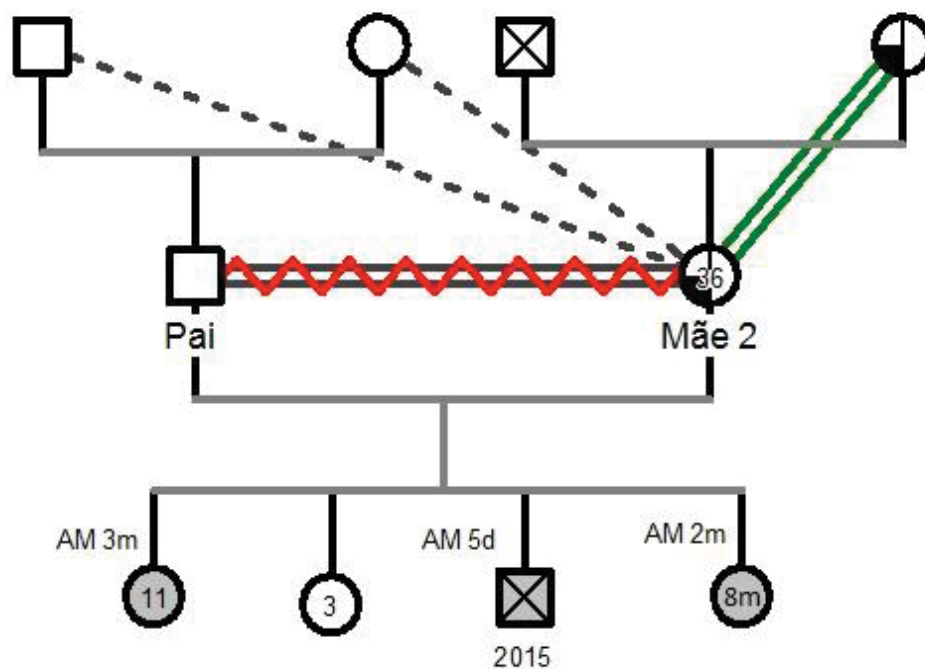
12	Mãe	20 anos	2º grau Incompleto	União estável	Sim	NR	Não	-	2	2	11 meses	Desmame aos 3 meses	NI
13	Mãe	23 anos	2º grau Completo	Casado	Sim	1 a 2 salários mínimos	Não	-	1	1	12 meses	Mantém AM	NI
	Pai	28 anos	Superior Incompleto										
14	Mãe	30 anos	2º grau Incompleto	União estável	Sim	1 a 2 salários mínimos	Sim. Auxiliar de Cozinha	Não	3	3	06 meses	Desmame ao 1 mês	Pai
	Pai	32 anos	1º grau incompleto										
15	Mãe	29 anos	1º grau incompleto	União estável	Sim	2 a 3 salários mínimos	Não	-	4	2	08 meses	Mantém AM	Pai
16	Mãe	20 anos	2º grau Incompleto	União estável	Sim	1 a 2 salários mínimos	Não	-	2	2	11 meses	Desmame aos 3 meses	Pai
17	Mãe	36 anos	1º grau incompleto	Casada	Sim	2 a 3 salários mínimos	Sim. Limpeza	04 meses	4	3	11 meses	Mantém AM	Pai

FONTE: O autor (2017).

## 5.2 GENOGRAMAS DAS FAMÍLIAS

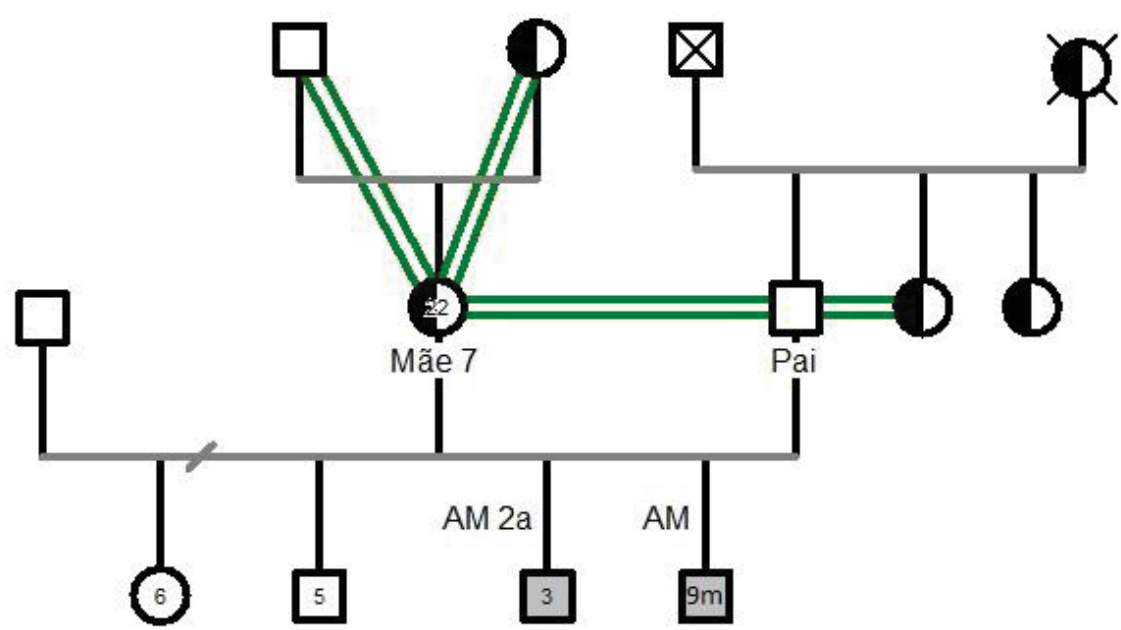
A seguir serão apresentados os genogramas das famílias F2, F7, F9 e F14. Estas famílias foram selecionadas para representar a amostra, pois apresentavam características contrastantes entre si. Será ilustrada uma família que não obteve sucesso na amamentação dos filhos (F2), família cuja mãe não amamentou os dois primeiros filhos, mas amamentou os últimos (F7), família que, mesmo tendo uma condição da criança desfavorável, relacionada a prematuridade e internação em UTIN, obteve sucesso na amamentação (F9) e outra família que, com condição da criança semelhante, não conseguiu amamentar (F14).

FIGURA 1 - GENOGRAMA FAMÍLIA F2



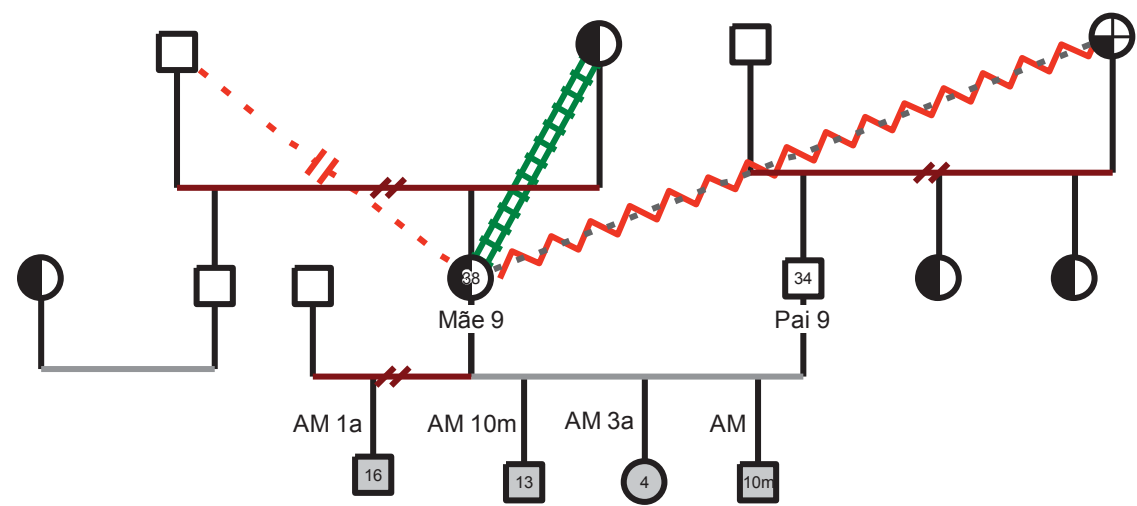
FONTE: O autor (2017).

FIGURA 2- GENOGRAMA FAMÍLIA F7



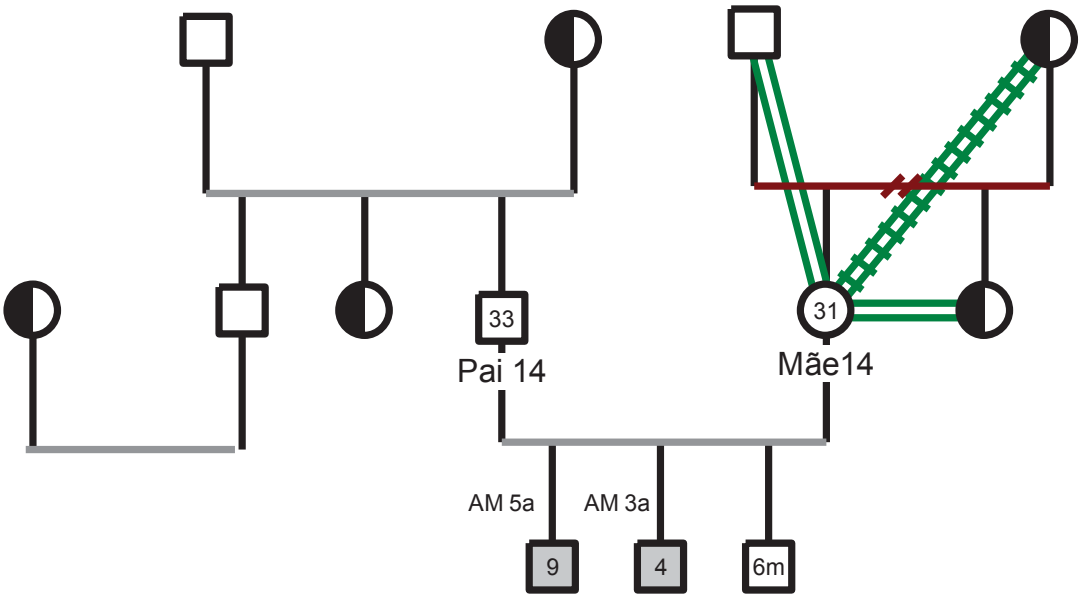
FONTE: O autor (2017).

FIGURA 3 - GENOGRAMA FAMÍLIA F9



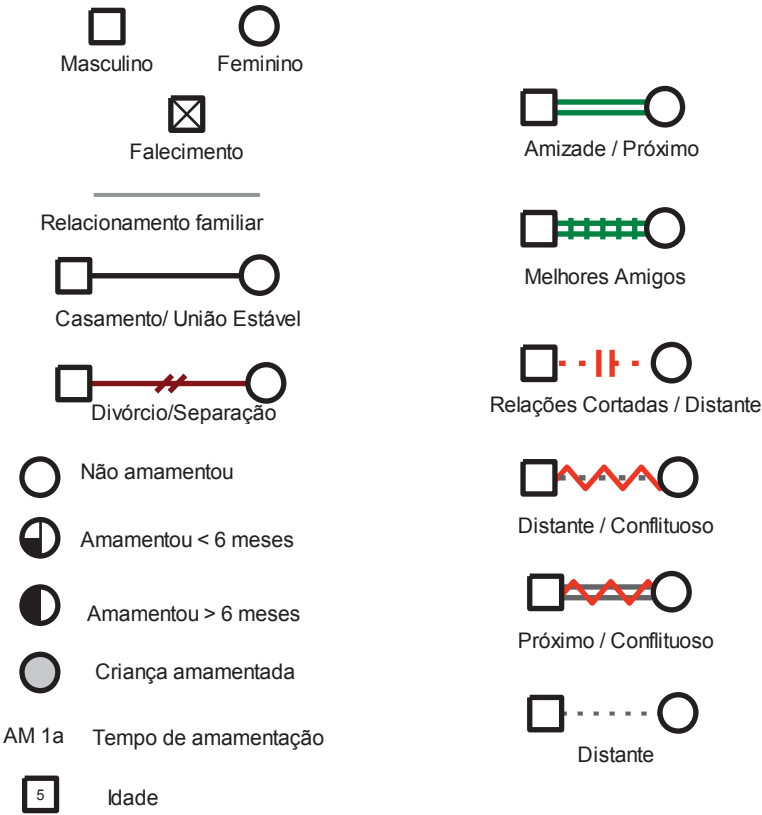
FONTE: O autor (2017).

FIGURA 4 - GENOGRAMA FAMÍLIA F14



FONTE: O autor (2017).

FIGURA 5 - SIMBOLOS DO GENOGRAMA



FONTE: Adaptada de WRIGHT; LEAHEY (2008).

A partir da leitura das entrevistas por família foi realizado o agrupamento em categorias temáticas e análise das quatro famílias selecionadas (F2, F7, F9 e F14), a fim de apresentar a síntese de casos cruzados, comparando-as entre si, buscando elementos que se replicavam ou contrastavam, conforme o QUADRO 2. O quadro contendo as demais famílias estudadas encontra-se no APÊNDICE 3.



## QUADRO 2 – SÍNTESE DAS ENTREVISTAS DAS FAMÍLIAS

(continua)

FAMÍLIAS	PERCEPÇÃO DE AMAMENTAÇÃO	CONDIÇÃO DA CRIANÇA	CONDIÇÃO MATERNA	EXPERIÊNCIA FAMILIAR	REDE SOCIAL DE APOIO
FAMÍLIA 2 MÃE 2	<p><b>Visão:</b> 'Não tenho o dom de amamentar, eu não consigo' 'eu não sou pra dar leite'</p> <p><b>Expectativa:</b> 'Eu pensava que eu ia tentar e ia conseguir amamentar'</p> <p><b>Mito:</b> No calor produzia mais leite</p>	<p><b>Comportamento:</b> Referiu que a criança era preguiçosa para mamar.</p> <p><b>Biológica:</b> Criança não pegava peso, tinha cólica, não sugava bem o peito.</p> <p><b>Práticas</b> <b>Alimentares:</b> Introdução de Fórmula infantil com 1 mês de idade.</p>	<p><b>Emocionais:</b> Triste, depressiva, estresse, nervosismo. Trauma pela morte de outro filho 3 meses antes da última gestação.</p> <p><b>Organização</b> Gestação não planejada. Não trabalhava fora, era do lar.</p> <p><b>Biológicas:</b> ingurgitamento mamário, mastite, febre, dor. Parto difícil, violência obstétrica.</p>	<p><b>Fragilizadoras:</b> Percepção de pouco leite. Experiência anterior negativa. Avó materna deu de mamar por pouco tempo, falava que tinha pouco leite. Tentou amamentar mas não conseguiu.</p>	<p><b>Regulação Social:</b> Esposo cobrava e obrigava a amamentar. Cuidado prescritivo pela US - profissionais cobravam amamentação. Internet - experiências negativas de outras mulheres.</p> <p><b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Conversa com esposo; busca de informações na Internet.</p> <p><b>Apoio emocional:</b> Avó não forçava a amamentação. Médica orientou mamadeira já que não conseguia amamentar.</p> <p><b>Companhia social:</b> Mãe ficou com ela após o parto.</p> <p><b>Lacunas da Rede:</b> Rede social restrita - não tinha a ajuda de ninguém, ficava sozinha em casa. Não se dava bem com o esposo, ele não era muito participativo.</p>

QUADRO 2 – SÍNTESE DAS ENTREVISTAS DAS FAMÍLIAS

(continuação)

FAMÍLIA 7 MÃE 7	<p><b>Visão da amamentação:</b> Saúde para a criança; previne câncer de mama; prático.</p> <p><b>Expectativa:</b> Vontade de amamentar.</p>	<p><b>Práticas alimentares:</b> Criança mamava bem. Começou a comer aos 3 meses.</p>	<p><b>Organização:</b> Trabalho informal, catadora de papel. Retornou ao trabalho quando o filho tinha 4 dias.</p> <p><b>Biológica:</b> Mamilo plano</p>	<p><b>Fragilizadora:</b> Experiência anterior negativa, não conseguiu amamentar os dois primeiros filhos.</p> <p><b>Fortalecedora:</b> Depois que obteve ajuda na US, conseguiu amamentar os dois últimos filhos. A família toda amamentou, nunca viu darem mamadeira.</p>	<p><b>Ajuda material e serviços:</b> Esposo cuidava dos filhos e dos afazeres domésticos.</p> <p><b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Conversa com esposo; <i>folders</i> na US; enfermeira dava orientações sobre amamentação.</p> <p><b>Companhia social:</b> Esposo acompanhou o pré-natal.</p> <p><b>Lacunas da rede:</b> Na maternidade não foi observada atentamente a mamada. Rede restrita - 'sempre me virei sozinha', 'ninguém me ajudou a amamentar'.</p>
FAMÍLIA 9 MÃE 9	<p><b>Visão da amamentação:</b> Natural Saúde para a criança Gosta de amamentar</p>	<p><b>Biológica:</b> Prematura de 32 semanas. Internação na UTIN por 13 dias, recebeu leite materno neste período. BLH auxiliou[.]</p> <p><b>Práticas alimentares</b> Criança gostava de mamar, mamava bem. Mantinha AM mesmo após início na creche.</p>	<p><b>Biológica:</b> sempre teve muito leite</p> <p><b>Organização:</b> Retorno ao trabalho com 4 meses - começou a tomar mamadeira durante o dia - trabalhou durante 4 meses e saiu havia menos de um mês.</p>	<p><b>Fortalecedora:</b> Mãe, irmã, cunhada amamentaram[.]</p> <p><b>Fragilizadora:</b> Sogra AM por pouco tempo (mas não tinha bom relacionamento com ela).</p>	<p><b>Ajuda material e serviços:</b> Filhos ajudavam na casa, respeitavam o momento de amamentar. Profissionais de saúde- ajudaram na amamentação</p> <p><b>Guia cognitivo e conselhos</b> Conversa com comadre, mãe e esposo. Enfermeira e médica ensinaram e conversaram sobre amamentar. Hospital fez palestra.</p> <p><b>Companhia social:</b> Presença - esposo acompanhava nas idas à UTI todos os dias.</p> <p><b>Lacunas da rede:</b> Não se dava bem com a sogra. Rede restrita- família morava longe.</p>

## QUADRO 2 – SÍNTESE DAS ENTREVISTAS DAS FAMÍLIAS

(continuação)					
FAMÍLIA 9 PAI 9	<b>Visão da amamentação:</b> Esposa sempre gostou de amamentar. Direito à liberação para amamentar em público.	<b>Biológica:</b> Achava que a criança mamava menos que os outros filhos.	<b>Emocionais:</b> Esposa ficou um pouco depressiva depois que perdeu o emprego.	<b>Fortalecedora:</b> 'Eu vejo minha esposa amamentando, eu acho fundamental a amamentação'	<b>Ajuda material e serviços</b> Pai brincava com os filhos. Avó paterna cuidou das crianças. Cuidava da esposa na alimentação. - <b>Companhia social</b> Pai presente durante a amamentação. <b>Lacunas da rede:</b> Ficou muito tempo longe de casa. Profissionais não me deram orientação para conversar com a esposa sobre amamentação. Rede Restrita - Família morava longe.
FAMÍLIA 14 MÃE 14	<b>Visão de amamentação:</b> Dá saúde; gosto de amamentar; vínculo - a gente sente o carinho, o apego, é muito lindo, sentimento de mãe. <b>Expectativa:</b> Vontade de amamentar.	<b>Biológica:</b> Bebê nasceu prematuro com 32 semanas. Internação na UTI por 21 dias. Só foi amamentado após 21 dias, enquanto isso ficou com sonda e leite artificial. Enquanto estava na incubadora, não podiam pegar no bebê.	<b>Organização</b> Trabalho informal. Preferiu assim porque era melhor ter mais flexibilidade de horários.	<b>Fortalecedora:</b> Mãe, sogra, cunhada, irmã amamentaram todos os filhos.	<b>Ajuda material e serviços:</b> Mãe e Esposo ajudavam nos cuidados com a mama, auxiliavam nas massagens para retirar leite. <b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Conversa e orientações com a mãe e esposo. Incentivo do esposo e família. Orientação US, Maternidade, orientavam e auxiliavam. <b>Lacunas da rede:</b> Amigas desencorajaram - peito vai cair.

QUADRO 2 – SÍNTESE DAS ENTREVISTAS DAS FAMÍLIAS

FAMÍLIA 14 PAI 14	<p><b>Visão de amamentação:</b> Proteção contra doenças, dá saúde, é prático.</p> <p><b>Expectativa:</b> Esperava que a esposa fosse conseguir amamentar.</p>	<p><b>Práticas alimentares:</b> Oferta de Fórmula - 'esse pequenininho, bem dizer ele quase nem pegou no peito, ele só ficou no Nestogeno mesmo'. Ganhava leite do Sistema de Saúde. Não tinha força pra puxar o peito, chorava de fome.</p>	<p><b>Emocionais:</b> Estresse, nervosismo por muitas obrigações e afazeres.</p> <p><b>Biológicas:</b> Fissuras no mamilo</p>	<p><b>Fortalecedoras:</b> Experiência anterior positiva - outros filhos foram amamentados até os 3 anos. Bastante leite nos outros filhos.</p> <p><b>Fragilizadora:</b> Percepção de pouco leite.</p>	<p><b>Ajuda material e serviços:</b> Esposo cuidava dos outros filhos, afazeres da casa, ajudava nas massagens das mamas.</p> <p><b>Regulação social:</b> Faltou esforço para amamentar.</p>
----------------------	---	--	---	---	--

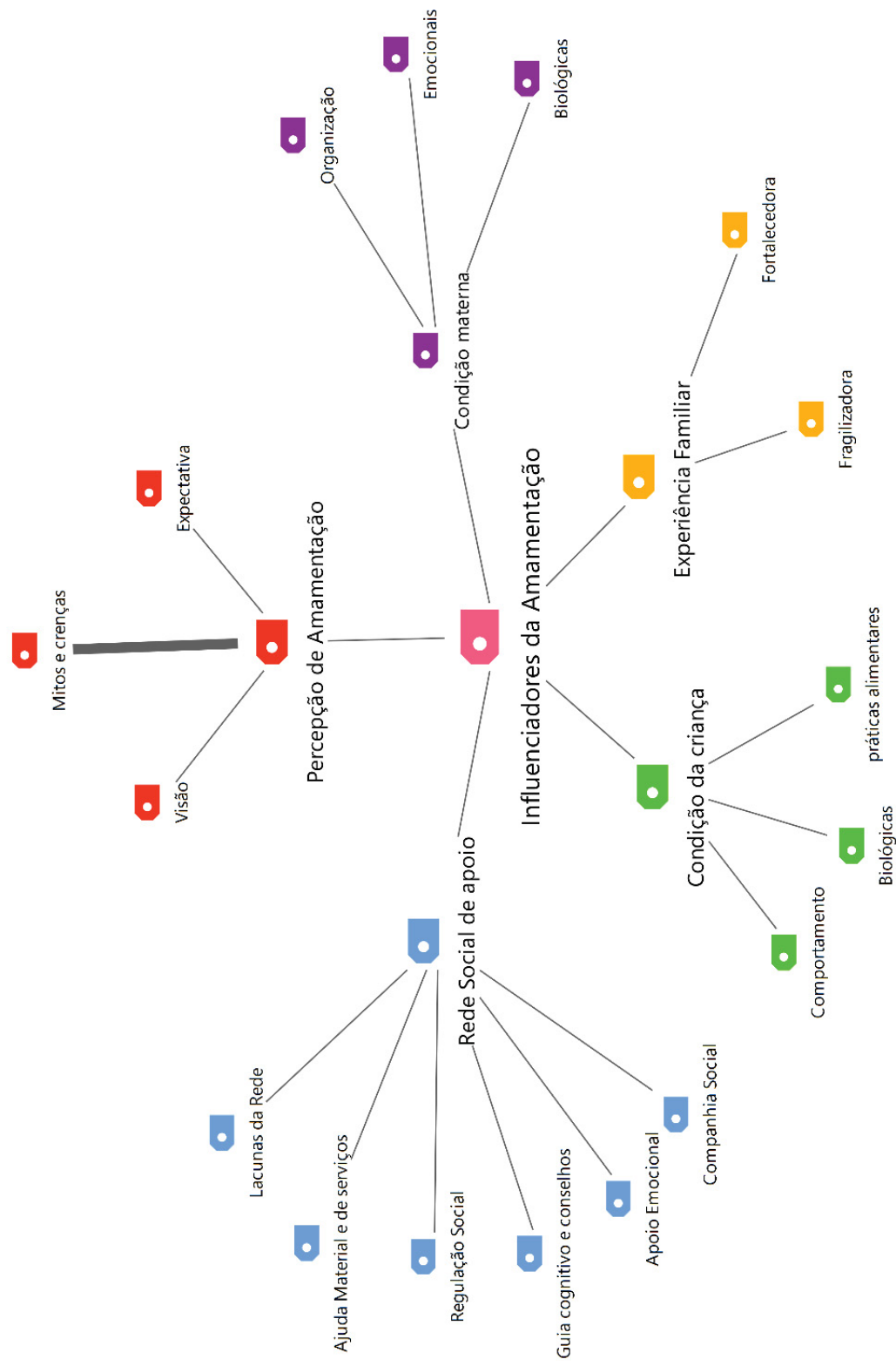
FONTE: O autor (2017)

(conclusão)

### 5.3 CATEGORIAS TEMÁTICAS

Por meio da análise de dados das 28 entrevistas, foram gerados no *software* 993 códigos. As categorias temáticas que emergiram dos dados foram (FIGURA 6): Percepção de Amamentação (180 códigos), Condição Materna (136 códigos), Condição da Criança (178 códigos), Experiência Familiar (159 códigos) e a Rede Social de Apoio (340 códigos). Serão apresentados os mapas mentais que organizam as categorias temáticas e os seus respectivos códigos, gerados no *software*, e em sequência, serão trazidos os discursos dos participantes que representam as categorias do estudo.

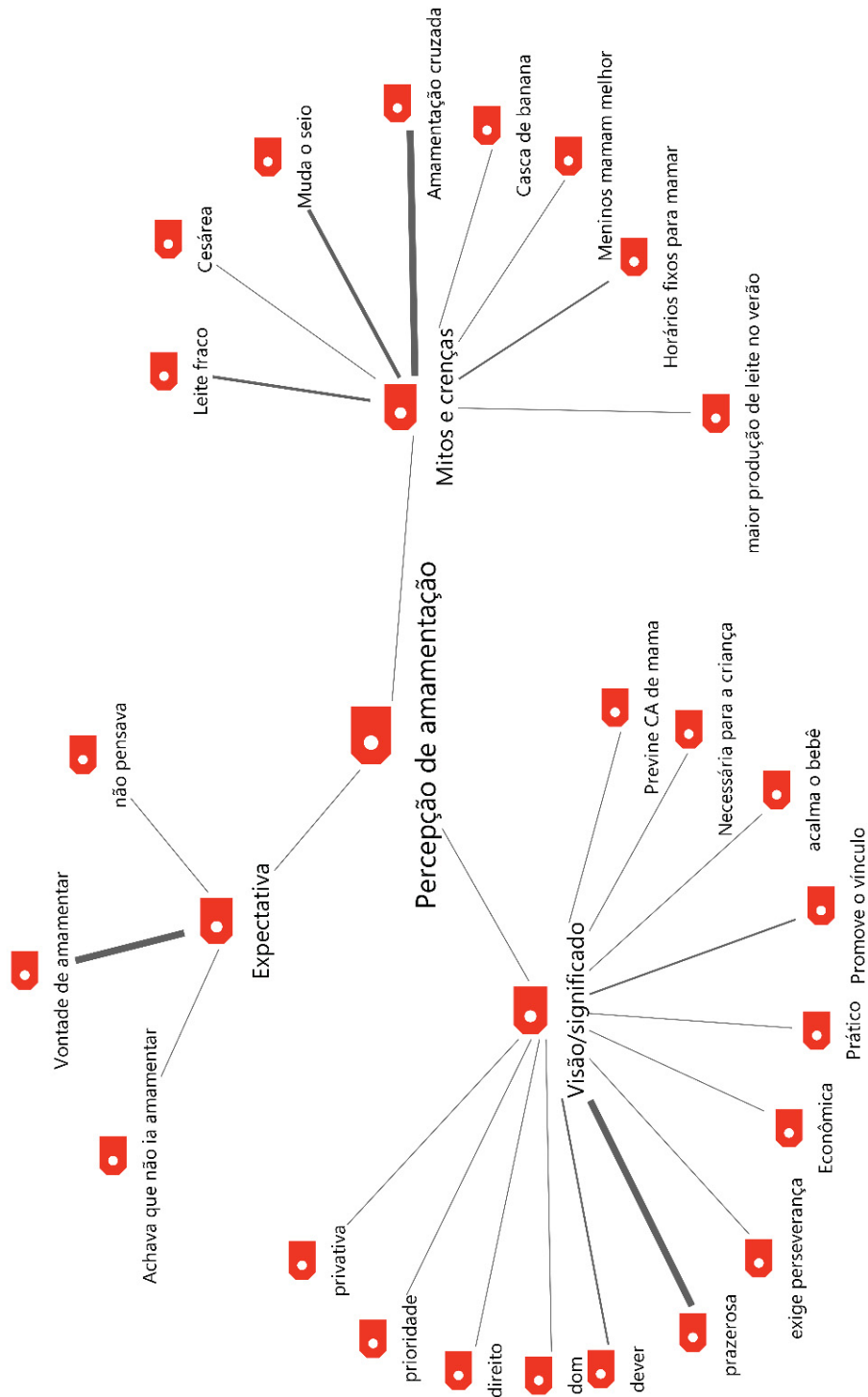
FIGURA 6 - INFLUENCIADORES DA AMAMENTAÇÃO



FONTE: O autor (2017)

5.3.1 Percepção de Amamentação

FIGURA 7- PERCEPÇÃO DE AMAMENTAÇÃO



FONTE: O autor (2017)

Na categoria percepção de amamentação, foram descritos as expectativas, a visão, os mitos e crenças relacionados à amamentação, conforme representado na FIGURA 7 e expresso nas falas dos participantes apresentadas a seguir:

[...] desde pequeninha meu sonho era ter um nenê, quando eu via minha mãe com aqueles nenezinhos, eu sempre ajudei ela, eu que ajudei a criar, estar perto estar presente, mas quando eu tive o (nome do filho) foi um sonho realizado, o nascimento dele foi muito bom. (M 16)

[...] eu só sabia que eu estava grávida e que eu teria que [...] como seria a amamentação, não sei, isso ai nem passava pela cabeça. (M 3)

[...] eu falava que não ia dar de mamar para ela (filha). Ah não imagina, uma criança ficar ali chupando seu couro [...] mas depois que ela nasceu eu dei [...] era tão bonitinho ver eles mamando. (M 11)

Eu imaginava primeiramente eu não ia ter leite, eu imaginava que eu não ia conseguir amamentar ela (filha), como ninguém da minha família conseguiu isso me influenciou para mim pensar só negativo. (M 13)

[...] isso é uma opção minha, independente do que iam falar ou deixar de falar, e nem falaram também, eu ia amamentar do mesmo jeito. (M10)

[...] a força de vontade de amamentar eu acho que é da mãe. Não vou dizer que também alguém conversando, dando um apoio psicológico não vá ajudar, mas eu acho que a parte mais importante é a mãe ter a força de vontade que ela teve. (P10)

[...] eu não via a hora de amamentar de novo [...] eu não via a hora dele nascer e sentir, eu queria que ele viesse direto pra mim dar mama pra ele, nossa foi bem gostoso. (M 4)

[...] acho que é uma coisa que já vem automaticamente [...] Eu achava tão gostoso de ver, sentia uma dorzinha aqui mas eu não ligava não, eu acho [...] (M 9)

Bom, eu gosto. Maravilhoso, é uma coisa boa, ser mãe, amamentar, eu gosto não tenho do que reclamar. (M 5)



[...] minha mulher sempre amamentou mais ou menos até os dois anos, até mais [...] porque ela sempre gostou de amamentar eles (filhos) porque ela acha que é bem mais saudável (P 9)

[...] eu gosto de amamentar. É um jeito de eles (filhos) ficarem mais próximos da gente também. (A 11)

[...] desde o primeiro (filho) que ela teve por vontade dela, ela quis dar de mamar até a hora que ela pode. (A 1)

[...] meus filhos eu amamentava para ver eles bonitos, formosos, porque tinha bastante leite, nossa muito leite. (A 3)

[...] o leite do peito é a melhor coisa que tem para criança. (A 8)

[...] bom é até 6 meses, para a criança já ganhar anticorpos para proteger das doenças mas os outros (filhos) ficaram até quase 3 anos (mamando) então foi ótimo, porque eles são bem saudáveis, esse aqui que fica mais doente mais fácil (P 14)

[...] durante a amamentação nessa fase a mãe tem que pensar na criança, a importância que é para a saúde da criança. Tanto que eu falo mesmo que as minhas meninas são tudo bem magrinha, mas são tudo forte, porque mamaram até. É aquela primeira fase, que é como se fosse uma base, a base de tudo, é muito importante (A 1)

Muitos dizem também que a mulher que amamenta tem menos chance de câncer de mama, então eu ficava com medo [...] (M 7)

[...] você sente que eles (filhos) dependem da gente, ele não fica sem você dando mama ali, é legal isso. (M 11)

Nossa é muito difícil, eles se apegam, eles ficam mais grudado com a gente quando a gente amamenta sabia, porque está ali sente o cheiro esse aqui esfrega a cara aqui nos peitos (M 4)

Que nem eu dizia para ela, sai para qualquer lugar que sai tá com a criança junto ali. Já vem um alimento saudável e limpinho. (A 1)

[...] deu fome nele, ela (esposa) pegava e dava o mama, independente do lugar onde fosse ela tirava o seio e dava o mama para eles (filhos), mas

mamavam super, bem tranquilo, mas sempre assim, não tinha dificuldade nenhuma. (P 14)

[...] o que encorajou a amamentar foi porque estava muito caro o leite, então eu não tinha outra escolha, tinha que tentar dar o peito para ela (filha). (M 12)

[...] sempre falo pra ela (esposa), dá de mamar, quando começa a chorar quando eu vejo que está com fome 'vai dar de mamar', (esposa responde) 'não, mais eu tenho que fazer', (pai diz) 'não larga o que você está fazendo e vai dar de mamar para as neném, tem que dar de mamar para as neném'. (P 6)

[...] quando eu vejo que é hora dela (filha) amamentar ou ela quer ser amamentada eu paro o que eu estou fazendo [...] eu amamento ela, depois que ela acabar de amamentar que eu vou fazer as minhas coisas, se ela deixar. (M 9)

[...] eu não sei o que é, eu não tenho o dom de amamentar, porque eu não consigo, eu não sei se eu sou muito estressada. Acho que a única que eu amamentei mais foi a primeira, porque ainda saía (leite). (M 2)

[...] eu acho que já vem da gente mesmo (amamentar), acho que instinto de mãe... (M 17)

[...] eu vejo que (mamar) acalma ela, chega até a acalmar ela. (M 1)

[...] acalma o bebê. Até hoje ele mama um pouco no peito, mas não sustenta mais, é mais para dormir, acalmar, mamar. (P 5)

[...] um ato tão bonito como a amamentação, eu acho que deve ser liberado em todos os ambientes, praças, escolas, hospitais, qualquer lugar que ela (nutriz) quiser, ela tem o direito de amamentar. (P 9)

[...] tinha que ter pelo menos uns dois anos de licença maternidade, para acompanhar os filhos, principalmente nessa parte da alimentação, porque é o que eu acho que vai [...] deixa a criança com mais saúde, acho que é muito importante o leite materno. (P 9)

[...] é difícil amamentar assim perto deles (família), quando eu estou em casa eu vou lá pro meu quarto, aí eu fico mais à vontade também, nesses lugar eu

não gosto de amamentar, mas ele é muito briguento, ai eu tenho que acabar dando. (M 4)

Tinha muita vergonha (de amamentar), meu Deus do céu [...] mas mais vergonha ainda da pessoa estar olhando [...] em casa também. (M 3)

[...] na verdade as vezes irrita um pouco amamentar, como eu já amamentei dois, porque as vezes cansa ficar ali dando de mamar. Por mais que seja bonitinho ver eles mamando, mas cansa, a gente cansa. Por mim eu já queria tirar já, mas eu vejo como é bom e tem que dar. (M 4)

[...] é sofrido um pouquinho no começo, que por mais que não seja o primeiro filho sempre dá um probleminha no começo, no seio, mas foi tranquilo, bem tranquilo. (A 1)

Uma pessoa que tem o peito virgem ali vai doer mesmo (A 3)

[...] (o leite materno) não estava sustentando, porque o NAN é forte, ai depois isso não sustentava ela e eu tive que dar o Nestogeno. (M 12)

No comecinho, que eu achava que o leite não era o suficiente porque o neném chorava muito e eu não sabia se o meu leite era bom ou não. Meus parentes sempre me falavam... que a criança está chorando muito é porque não está sustentando e eu sempre ficava nessa dúvida se estava ou não. Até que no começo eu até pedi para enfermeira no copinho outro leite, essa foi a minha maior dificuldade. (M 13)

[...] é sempre tem pessoa que fala assim, mas eu nunca fui na opinião, fala que o seio vai ficar diferente, mas eu não pensei nisso. (M 1)

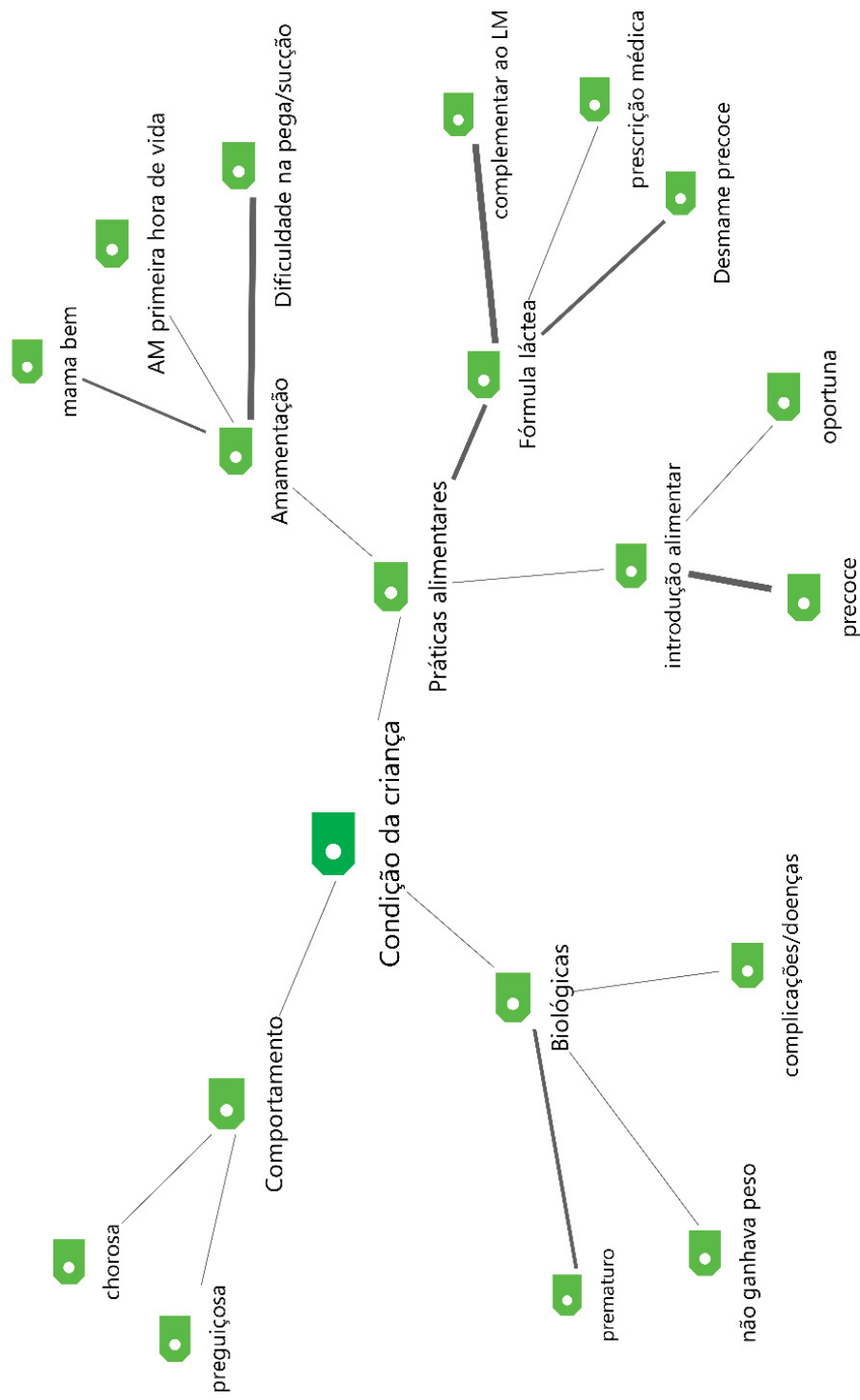
[...] eu sempre falei pra ela, sempre é em duas horas dar de mamar, sempre em duas horas, porque não pode demorar muito (P 6)

[...] só os gêmeos que não (foram amamentados) porque ela (sogra) fez cesárea, eu acho que secou o leite dela. (M 7)

[...] eu amamentei o bebê dela (vizinha) [...] amamentei várias vezes, para mim foi tão gratificante ver [...] que a bebezinha estava bem mamando. (M 10)

### 5.3.2 Condição da criança

FIGURA 8 - CONDIÇÃO DA CRIANÇA



FONTE: O autor (2017).

Na categoria condição da criança as famílias expressaram o comportamento, as práticas alimentares e os aspectos biológicos do lactente (FIGURA 8).

E olha, eu dava a mamadeira, depois até que eu parei de dar mama ela (filha) ainda continuava chorando de madrugada a noite inteira. Ou era muita fome, ou ela estava com cólica, alguma coisa. (M 2)

[...] eu tentei dar só o peito, mas não matava a fome dela (filha), ela chorava de fome eu tive que comprar o leite. Ela tinha três meses, daí eu vi que ela chorava demais aí eu parei. (M 12)

[...] na hora que ela nasceu ela ainda foi amamentada (M 9)

[...] eu acho que até pela criança mesmo, desde o primeiro instante ela (neta) pegou bem, ela teve bastante facilidade para amamentar (A 1)

A neném nunca teve assim dificuldade de mamar, ela sempre foi assim o que você está vendo, desde pequena. (P 13)

[...] nem ele (filho) não chupa chupeta então fica só no peito. (A 11)

A (nome da filha) estava com 7 dias eu acho, e o (nome do filho) eles viram do hospital mesmo e receitaram o NAN. (M 7)

[...] dos três dias que fiquei no hospital, ele só mamou o complemento (M 12)

Pela questão que eu disse a você, o bebê recusou, não quis mais mamar no seio, ela (esposa) também não forçou. (P 3)

Ele (filho) não queria, ele mamava daí ele enche a boca e cuspiam para fora [...] ele ficava o dia inteiro sem mamar, daí meu peito [...] enchia [...] ele ficava com fome e eu dava mamadeira para ele, leite NAN. (M 8)

[...] por ele (filho) também ganhar o leite pelo sistema de saúde o Nestogeno 2, aí como ele já não pegava no peito, dificilmente pegava no peito e nós ganhamos o leite, aí nós achamos melhor dar o leite, pelo menos nós sabíamos que o leite ia estar garantido. (P 14)

Ele (neto) estava com 3 meses, aí eu fui tirar caldinho de cenoura, com batatinha, com caldinho de feijão assim (A 3)

Ele (filho) mamou desde o dia que ele nasceu até os 3 meses ai ele já começou a comer. (M 7)

[...] minha sogra disse que era bom, eu dava bastante camomila para ele (filho). Ela daí como ela já sabia, ela que me incentivou a dar o chá daí dava chazinho para ele desde pequeno. (M 5)

[...] ela (filha) ficou até os quatro meses no peito sem nada mesmo, ai nos cinco eu comecei a dar água, suco, nos seis meses eu comecei a dar papinha... dava no almoço papinha pra ela e na janta só, no resto do dia, dava suco, água. (M 6)

Ah com 6 meses comecei a dar papinha, fruta, suco, só que suco e água ele não gosta muito, é difícil ele tomar, a papinha dele é essas coisas tipo macarrão, verdura, fazia um refogado e dava pra ele. (M15)

[...] eu dou uma coisinha agora, daqui 3 horas eu dou um suco, mais um pouquinho eu dou uma bolachinha de novo, não deixa assim tudo a vontade também, porque eu não quero que ele (filho) fique obeso. (M10)

Primeiro eu tenho que dar frutas, suco batido no liquidificador e sopinha. Mais ou menos aos 7 meses eu comecei a dar o caldinho de feijão, as comidas mais fortes. (M 13)

[...] ela (filha) ficou 13 dias lá em campo largo, porque o pulmão não estava feito ainda e a veia aqui do coração ao pulmão não estava pronta, foi o que o médico me falou, então ela precisou ficar lá para amadurecer os órgãos. (M 9)

Só na hora que eu vim pro quarto (deram meu leite ordenhado), porque na UTI eles não deram. (M 12)

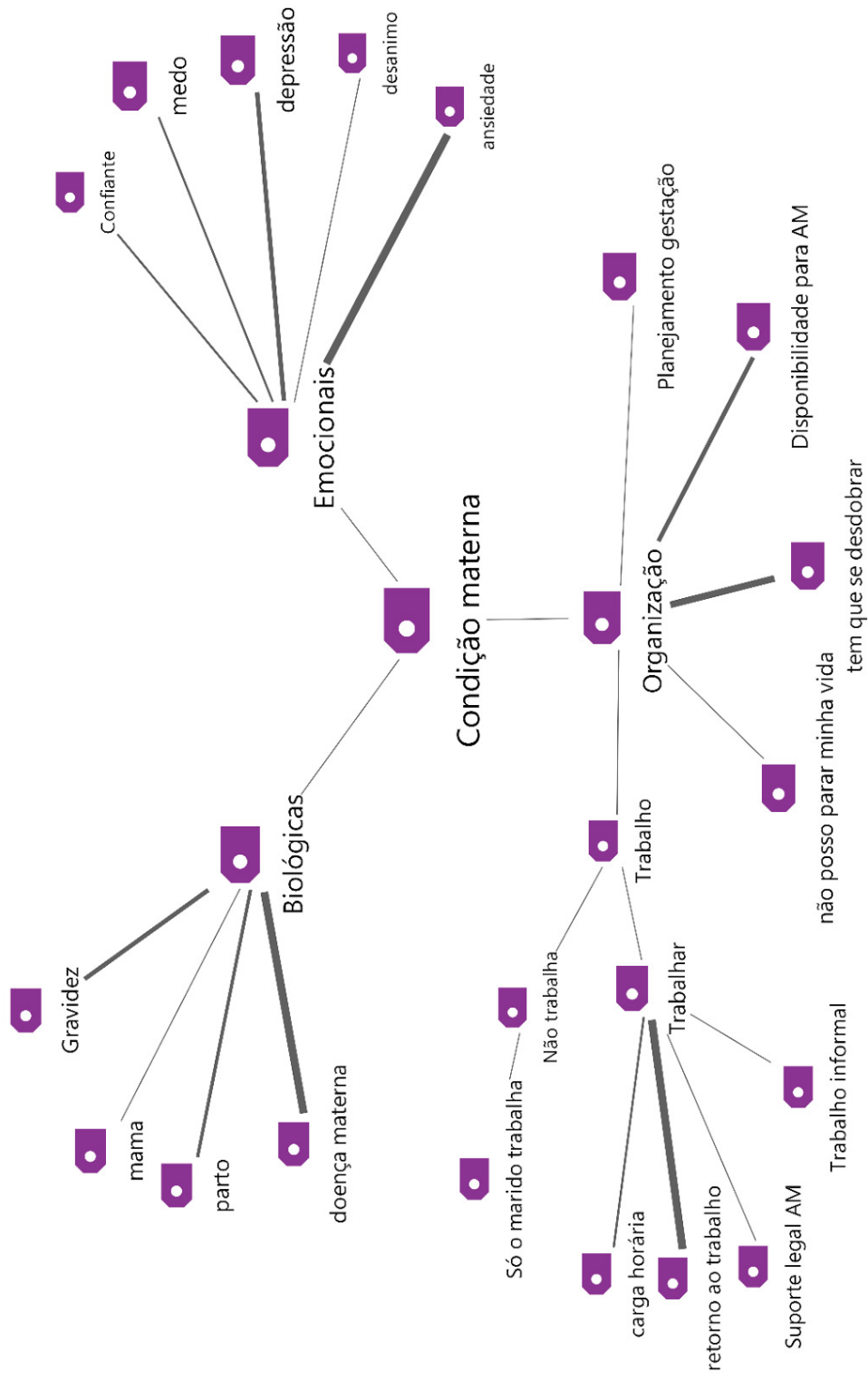
[...] ele (filho) nasceu e já foi direto para UTI eu nem cheguei a ver ele, vi bem rapidinho porque tinha mesmo que levar, ai depois de um dia eu vi ele, ele ficou 21 dias na UTI e depois ele foi pro bercinho, ai ficou uns 5 dias no bercinho e daí ele já veio para casa. (M 14)

[...] ele (filho) foi internado daí eles deram leite NAN para ele, daí ele não quis mais o peito...ele negou até o último, gritava, morria de fome mas não mamava. (M 8)

Só ficou um tempinho internada na UTI por causa do leite, porque eu não pude amamentar direito ela (filha), ai foi direto para o pulmão. Só isso. Foi com 3 meses de vida [...] ela ficou horrível, quase morreu. Os médicos me falaram que por um pouco ela teria morrido. (M 16)

### 5.3.3 Condição materna

FIGURA 9 - CONDIÇÃO MATERNA



FONTE: O autor (2017)



A seguir são apresentadas as falas que representam a categoria denominada Condição Materna, que expressam aspectos biológicos, emocionais e de organização da nutriz (FIGURA 9).

[...] muito doído, doído demais, meu peito era bem pequenininho ai começou a crescer nossa, começou a doer muito, também ressecou o bico, fez umas bolhinhas de sangue, os médicos falaram que tinha que dar assim mesmo [...] vou dar assim mesmo pra ela [...] no hospital doía muito, me deram uma coisa de passar, ai sarou, depois da (nome da filha) eu já fui normal assim, colocava no peito e já mamava. (M 6)

[...] eu pensei que era só você colocar ali e ele (bebê) já pegava do jeito certo e tudo certo, mas não era [...] nossa isso doeu muito. (M 11)

Secou o leite, eu não tinha o biquinho do peito e ai como eu tentava dar de mamar e não conseguia, começou a secar, ai quando eu procurei o posto já não tinha mais (leite). (M 7)

[...] o do meu primeiro o meu bico rachou bastante, saiu até um pouquinho de sangue assim sabe? mas levou uns seis dias para cicatrizar tudo e ai foi normal, amamenteei normal (M 4)

O primeiro filho rachou, saia sangue, ficou tipo pendurado o bico, mas eu não queria nem saber, eu falei não [...] é pela força, pelo amor mesmo, sentimento de mãe. (M 14)

[...] quando eu estava com o bico do seio rachado, eu pensava assim 'ai eu não vou conseguir está doendo demais', cada vez que ela (bebê) sugava eu mordida a fralda, eu me contorcia, mas ai eu pensava vai passar, vai passar, agora eu nem lembro. Mas a dor era terrível [...] (M17)

[...] durante a gestação eu tive descolamento de placenta, e tive sangramento no começo porque eu não sabia que estava grávida, aí eu erguia peso fazia tudo, mas graças a Deus deu tudo certo. (M 5)

[...] eu senti que não estava tão forte eu tenho dor musculo [...] foi bem complicado [...] sentia muita dor no meu corpo eu não conseguia me levantar, eu senti que foi mais dolorido pra ter ela sabe? até porque ela nasceu 3,875 kg, é bem pesadinho pra parto normal [...] só no final mesmo no dia de ganhar. (M 17)

[...] faltava uma semana para ela (criança) fazer 8 meses a (nome da nutriz) tirou (do peito), já mais por causa desses problemas de saúde dela (nutriz), porque os medicamentos eram fortes e ela estava tendo muita febre. Ai a médica pediu para ela tirar por causa da febre e os medicamentos, dai ela mamou menos. (A 11)

[...] o que desanima a gente [...] é o fato de você passar nervosismo e saber que o nervosismo acaba acarretando muitas coisas pra você, inclusive a falta do leite, o leite secar eu sei que é um pouco disso. (M 3)

[...] eu acho que fiquei muito apreensiva, muito nervosa. Até mesmo eu tinha bastante leite, eu não acreditava nessa coisa de secar o leite, nunca acreditei, eu falava que era mãe que não queria dar de mamar pro filho e falava que secou o leite. Mas como o doutor falou que tentaram tirar oxigênio dele (filho) para ele respirar sozinho e ele não conseguiu, aquilo lá para mim foi um báque, fiquei muito assustada [...] depois disso eu mesma apertava meu seio e não saia nada, eu acho que foi um susto muito grande para mim, porque você não espera por isso, você espera só por notícias boas [...] acredito que foi assim que acabou secando o leite. (M 14)

[...] quando eu vim pra casa eu fiquei mais nervosa, porque lá (na UTIN) é um cuidado mas está todos os enfermeiros lá, qualquer coisinha [...] acho que o que me abalou muito foi um nenezinho lá [...] ela foi embora com a nenezinha, não deu dois dias ela voltou e o nenezinho acabou vindo com uma bactéria bem grande e ficou no isolamento, para mim foi muito forte isso [...] então eu não queria que ele voltasse eu fui ficando mais nervosa, não conseguia ficar calma. (M 14)

E por ela ( não ter força para sugar o meu leite, foi a decisão que eu tomei de tirar ela do peito, sabe? por medo de ir pro pulmão mais uma vez. (M 16)

Por causa do menino (outro filho que faleceu), eu já tinha tido outra criança, não deu aquele espaço. Eu fiquei meio depressiva, fiquei bem mal, mas depois eu fui melhorando, mas para dar de mamar não deu [...] eu sempre

tive esse jeito assim meio triste, depressiva e ele (esposo) ficava me enchendo o saco querendo dar de mamar e eu não conseguia. (M 2)

É corrido ainda mais eu que trabalho, eu estava falando com a médica agora eu peguei pra tomar o fluoxetina por que as vezes gente fica meio [...] ataca o sistema nervoso da gente, dá crise de choro, mas é a alegria da casa mas só que dá trabalho as criancinhas e não é só a criança é a vida da gente é estressante, (M 17)

[...] eu sou sempre de bem com a vida (M 10)

Nada me desanimou, nada me atrapalhava, para mim era honra estar amamentando meus filhos, então nada me atrapalhava não. (M 14)

[...] minha primeira filha eu não queria ter. Porque na verdade, não é que eu não queria ter, é que não foi planejada. Eu já engravidei, isso me deixou assim [...] eu não aproveitei meu casamento. (M 2)

Eu dava mais atenção para o neném mas eu fazia, de pouco em pouco (as atividades), com ele (bebê) no berço ou no carrinho olhava as coisas bem tranquila sem pressa. Mas isso (amamentar) não me atrapalhava em nada, não atrapalha até hoje. Se der eu faço, se não der eu não faço e assim. (M 5)

[...] não ganho bem, mas dá para se virar para ela (esposa) poder dar atenção para ele (bebê), principalmente nessa parte da amamentação. (P 10)

Olha, do (primeiro filho) eu não trabalhava, então ele (bebê) tinha o dia inteiro para mamar, ele mamava o dia inteiro, o (segundo filho) como eu trabalhava para cá eu ia três vezes ao dia dar mama para ele na creche [...] Mas o (terceiro filho) nem deu quase foi bem pouquinho. (M 14)

[...] a gente mulher acho que já nasceu com esse dom da correria do dia a dia, da loucurada, se for para estudar a gente vai estudar, vai cuidar do filho, vai cuidar da casa, vai cuidar do marido, vai cuidar da vó e vai cuidar do quintal ainda, porque acho que é o instinto da gente, mas é bom a gente estar nessa correria. (M 10)

As minhas atividades eram feitas enquanto ela dormia. Daí só enquanto dormia. (M 13)

[...] trabalhava, ai depois que o neném nasceu eu parei, não deu mais para eu ir. (M 5)

Por enquanto só meu marido está trabalhando, que eu estou querendo colocar eles (filhos) na creche para eu poder trabalhar. (M 16)

[...] meu marido não tem muita sorte com emprego, ele está oito meses no emprego, depois fica desempregado, e empregado três meses, agora ele tá empregado, então na verdade a gente conta mais com o meu (salário).

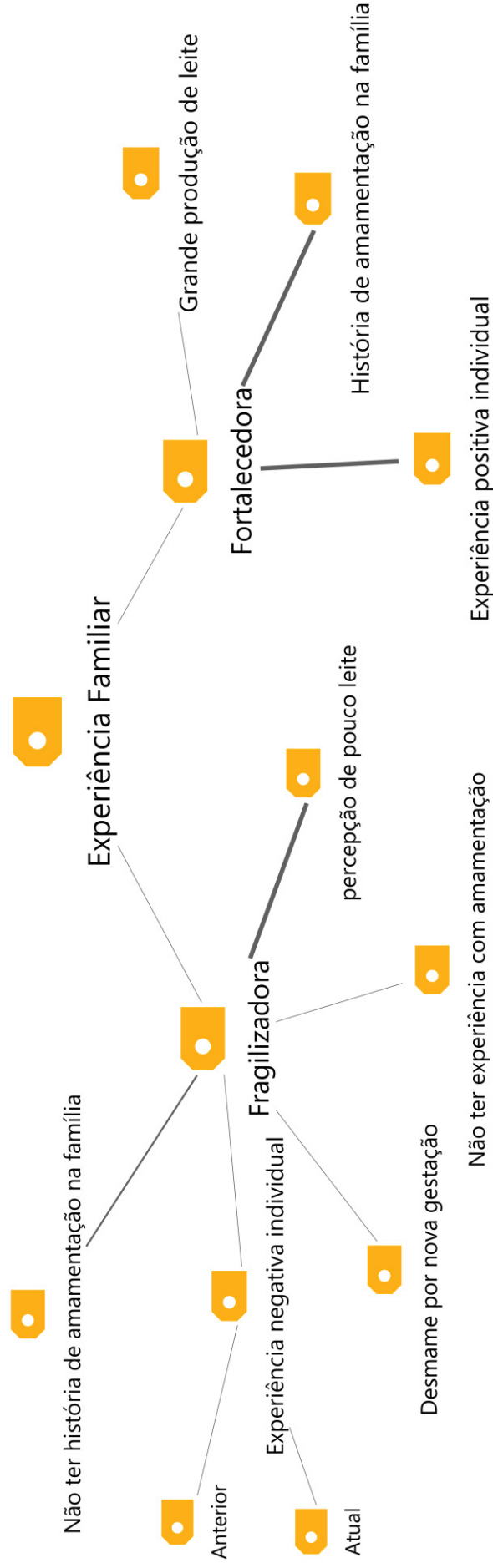
(M 17)

Eu trabalhava, ai eles (filhos) ficavam na creche, ai chegava do serviço ia lá e amamentava os dois, colocava um aqui outro aqui e os dois mamavam, sem problema (M 10)

[...] preferi assim até porque ele (bebê) faz acompanhamento nos médicos, então para mim é melhor não ter carteira assinada por enquanto. (M 14)

### 5.3.4 Experiência familiar

FIGURA 10 - EXPERIÊNCIA FAMILIAR



FONTE: O autor (2017)

Esta categoria englobou tanto as experiências maternas quanto as familiares com amamentação, sendo diferenciadas entre experiências fortalecedoras e fragilizadoras da amamentação (FIGURA 10).

[...] é que a gente tem mais prática assim de amamentar, sabe como dar, as posição tudo certinho e isso ajuda bastante. Ai não é um bicho de sete cabeças (M 4)

Porque assim que ele (filho) nasceu ele já mamou no meu peito [...] agora penso eu, se não amamentou o primeiro não amamenta segundo, mas se o primeiro mamou os dois têm que mamar. E o (nome do segundo filho) era muito miudinho não tinha como a gente falar não para ele[...] ele era bem magrinho, ele tinha que engordar ganhar peso, tinha que mamar bastante e ele mamava. (M 8)

Quando estava com o peito machucado ela (esposa) falava 'tá doendo amor, tá doendo, mas não vou deixar de dar mama para ele' e dava mesmo assim [...] ela mesmo teve força de vontade e falou ' se eu amamentei os outros, vou amamentar esse também' e com a força de vontade, graças a Deus veio o leite. (P 10)

[...] todo mundo achava bonito até o tanto de tempo que eu amamentei meus filhos, os meus mais velhos eu amamentei até um ano, o segundo até quase 10 meses, ele mesmo soltou por conta própria, a terceira foi até três anos e quatro meses (M 9)

[...] sempre tive bastante leite. Dava mama aqui e aqui (no outro seio) minha blusinha ficava lavada. (M 4)

Tirava porque eu tinha muito leite, sempre tive muito leite desde o primeiro (filho) então nunca atrapalhou (amamentar) não. (M 9)

[...] a minha família quando elas (mulheres) ganham neném eu sempre vejo elas amamentarem até um certo tempo, eu nunca vi elas darem mamadeira, então eu acho que é de ver assim [...] (M 7)

As minhas duas irmãs (amamentaram), as minhas primas todas, que eu sei todas. (M 8)

[...] é o quarto (filho 4) que eu estou amamentando. A que mamou menos foi a minha (filha 1) de 22 anos, ela mamou até 1 ano porque eu estava grávida da outra. A outra que tem 20 anos mamou até 4 anos e 8 meses. Ai o (filho 3) que é o de 8 anos mamou até 1 ano e 7 meses e o (filho 2) está com 1 ano e 7 meses e está amamentando ainda... agora ele está na creche ai ele está mamando mais a noite, mas se está em casa é direto. (A 11)

Ah foi um pouquinho difícil, porque lá (UTIN) você tem muita ajuda, não que aqui (em casa) não tenha mas foi bem difícil, porque eu não conseguia dar, o meu peito não saia leite e por ele (bebê) ser bem pequenininho, não conseguia sugar, ai nós fizemos um negócio com a sondinha, coloca também para ele. [...]a gente tentou bastante, mas não deu certo, ele não conseguia mesmo sugar. (M 14)

Só que eu nunca tive um leite suficiente que a criança mamasse e ficasse saciada. Eu podia até ter tomado aquele remédio, só que por um tempo ele (o leite) já foi secando, uma coisa estranha (M 2)

[...] no começo assim foi difícil, porque ela (esposa) chorava que não saia leite, e ele chorando com fome (P 10)

[...] eu pude perceber que foi meio dificultoso assim, as vezes em alguns momentos quando ele (bebê) estava sugando ela (esposa) sentia alguma dificuldade. Talvez seja por essas questões que eu te falei ai, de não ter experiência nem nada assim, ser o primeiro filho. (P 3)

[...] a (filha 1) e o (filho 2) não (amamentei). Eu não tinha bico no peito, ai secou, ai eles tomaram o NAN até os 6 meses[...] secou o leite, eu não tinha o biquinho do peito e ai como eu tentava dar de mamar e não conseguia começou a secar, ai quando eu procurei o posto já não tinha mais. (M 7)

[...] eu não conseguia dar, não que eu não queria [...] mas eu sou assim, eu tento a coisa uma vez, duas, e eu não consigo continuar. Ai eu tentei, tentei, o dela (filha 4) foi pior porque desde o começo eu não conseguia [...] não saiu nada, e olha que meu peito estava cheio, saiu só um tantinho assim e eu ficava puxando dos dois. (M 2)

[...] tive que tirar ela (filha mais velha) do peito, porque se não como eu vou dar de mamar pra duas, ai eu tirei ela do peito quando eu estava de oito

meses dela, foi difícil pra conseguir, ficou doente oito dias não abria nem os olhos. (M 6)

Minha sogra amamentou pouco, ela tem três filhos, duas meninas e ele (esposo), ela disse que amamentou até os dois meses, ela não foi muito de amamentar não. O povo antigamente já enfiava direto mingau de farinha [...] (M 9)

Minhas cunhadas não chegaram a amamentar também, nenhuma delas. (M 12)

[...] até a minha cunhada que tirou a menininha dela (do seio) hoje ela se arrepende, ela falou que queria tanto amamentar a dela, mas ela tirou porque tinha que trabalhar também, aí não conseguiu deixar. (M 15)



### 5.3.5 Rede social de apoio

FIGURA 11 - REDE SOCIAL DE APOIO



FONTE: O autor (2017)

Esta categoria foi descrita com base nas funções da Rede Social: apoio material e de serviços, guia cognitivo e de conselhos, companhia social, apoio emocional, regulação social e pelas lacunas da rede social (FIGURA 11).

Eu sempre tive ajuda do meu marido e da minha mãe, sempre me ajudam muito assim, a mudar ela (filha). (M 1)

[...] minha família sempre foi me ajudando, inclusive agora que eu estou com ele fazendo acompanhamento no colégio especial, então minha família sempre me ajudando. (M 3)

Ele (esposo) cuidava do filhinho porque como ele (filho mais velho) tinha acabado de sair do peito ele queria mamar também, ai ele tinha que ficar dando umas voltas com o (nome do filho mais velho), porque ele queria mamar também. (M 7)

Ela (filha nutriz) ficou aqui comigo, eu cuidei dela na dieta, então eu ajudava ela, até na hora da preparação dela ali auxiliar na hora de ela passar, fazer as massagens no peito. Até no dia em que ela estava bem ruim a gente foi na maternidade ai as enfermeiras ajudaram ela tudo, fizeram a massagem, esgotaram, ensinaram ela, ai não deu mais [...] até agora ela ainda tá amamentando (A 1)

[...] eu falo 'então amor, se alimenta bem porque você precisa se alimentar bem porque o leite vai para a neném', as vezes ela (esposa nutriz) fica com fome e eu falo não é certo, ela fala ' ah, não quero comer', mas eu falo ' você tem que comer porque através da sua alimentação que vai ficar melhor o leite'. (P 9)

Quem mais participou foi minha mãe, minha mãe já tem três e a gente mora no mesmo terreno da minha mãe, daí ela que ajudou mais a minha a minha esposa, nesse lado de como colocar ele, como segurar [...] no posto eu também onde ele (filho) nasceu ajudaram muito também as enfermeiras, foram bem atenciosas. (P 5)

Meu esposo [...] me ajudava bastante [...] Ah, sempre empedrava o meu seio, ai ele mesmo fazia a massagem, ele ajudava a colocar na boquinha dele. Sempre ele me ajudou, aquela bombinha também, porque doía muito quando empedrava porque eu tinha muito leite [...] mas ele me ajudava bastante, ia

comigo as vezes levar o leite, a gente tirava o leite, colocava para ele lá, ajudava bastante, no (nome do filho). (M 14)

[...] minha mãe sempre me ajudou, minha cunhada, meu marido. Um ficava, enquanto eu ia tomar um banho, precisava sair alguém ficava, tipo todo mundo me ajuda na verdade[...] (M 4)

Às vezes eu dou comidinha para ela (filha), cuido, eu fico quase 24 horas com ela, quando a minha esposa tem que fazer o almoço, lavar uma roupa eu fico com a neném, brincando, no colo, eu ensino ela fazer as coisas [...] (P 13)

[...] eu gosto do meu sogro não tenho o que falar dele, quando ele pode ele ajuda, quando a bebê ficou doente a gente não tinha dinheiro pra comprar remédio e ele comprou [...] (M 17)

[...] tem também meu marido, ele faz janta, cuida da casa... (M 1)

Eu ajudo em casa, ajudando ela (esposa nutriz) arrumar a casa quando ela dava de mamar, eu tinha que estar ajudando, mas fora isso aí é só ela mesmo [...] limpava, lavava a louça, ajudava a fazer a comida, nessa parte assim eu sempre ajudei ela, na parte da roupa também, ela tinha que cuidar dos neném, normal pra gente ajudar, nessa parte eu até que ajudei um bom tanto. (P 6)

(falando sobre sua mãe) [...] fazia comida, lavava a roupa, limpava a casa, tudo isso daí no meu lugar, mas cuidar deles quem cuidava era eu. (M 8)

[...] é se for ficar pedindo alguma coisa, se ela precisar no caso de algum cobertorzinho enquanto tá mamando, uma manta, alguma coisa enquanto está mamando, eles pegam, meus filhos colaboram muito. Dessa parte eu não tenho o que reclamar não. (M 9)

[...] agora que eu fiquei estressada estou bem chorona assim devido o pós parto, meu marido dividiu o serviço agora ele faz a janta, chego em casa agora e a janta já tá pronta, mas assim na amamentação não teve. Ele ajuda, põe a roupa pra bater, estende a roupa de casa, ele faz uma janta, minha mocinha lava a louça então a gente se divide lá em casa pra dar conta das tarefas de mãe. (M 17)

[...] até mesmo os médicos na hora que [...] eles fazem isso com toda a mãe, toda a gestante [...] eles vem, vem a enfermeira no quarto, elas vem auxiliar como colocar o bico do peito no bebê, como segurar ele tudo. Eu não precisei, só no primeiro. Automaticamente, aquilo já vira quase que uma profissão da gente, então os outros nem precisei ficar ajudando, nenhum. (M 9)

[...] quando eu ganhei neném então rachou e se fosse por mim eu não tinha dado no peito porque doía muito, e sangrava e fazia ferida e eu não queria. Daí a minha mãe e a minha sogra, e na maternidade, eles insistiram muito daí eu consegui dar [...] elas falavam que eu tinha que insistir, que sabia que doía mas que o neném precisava mamar, precisava alimentar ele. (M 5)

[...] Ah minha mãe e meu marido, ele insistiu bastante, pra eu não tirar ele, amamentar até os dois aninhos pra quando não tiver leite essas coisas assim, eles davam essas opiniões. (M 15)

[...] até na creche mesmo eles incentivam, a diretora até perguntou se eu queria ir dar mama acho que duas vezes por dia, aí eu falei que não, porque se não como é que eu trabalho? (A 11)

Eles (profissionais de saúde) ensinavam como cuidar do seio antes dela nascer, como que fazia para o nenê pegar no peito. (M 1)

Falava para ela (filha nutriz) que o leite do seio é a melhor vitamina que tem para criança, não precisa nem dar água para criança quando está mamando no seio. (A 8)

[...] esses tempos eu vi que ela (bebê) estava chorando, acordava de madrugada chorando, eu não sabia o que eu fazer [...] eu ligava para minha mãe 'tá acontecendo isso, isso e isso, o que eu faço? ela nunca ficou desse jeito, eu não sei', aí minha mãe falava 'dá o remedinho, se ela não melhorar você liga de novo para nós irmos no médico, mas eu não sabia, eu nunca tinha tido uma criança para mim, mas é bem tranquilo. (M 11)

[...] a minha comadre, a madrinha dela, é amiga, ela tem dois filhos, os filhos dela são adolescentes e ela é com quem eu mais converso [...] com a minha mãe, não sei como ela não ligou até agora, que ela passa o dia todo ligando, aprendeu agora mensagem de vídeo e aí quer o dia todo 'a deixa eu ver a (nome da neta)', são as duas com quem eu mais converso. (M 9)

[...] ai cheguei, conversava bastante com ela, porque ela (esposa) ficava bastante nervosa, ai fiz bastante chá de erva doce, não sei se [...] o leite diz que é psicológico [...] a gente sentava, conversava 'amor, é só no começo', os outros ensinavam a passar uns negócios e a gente sentava e conversava 'será que isso vai adiantar? não vai afastar ele do peito?', até que ela mesma começou a tirar leite do peito e passar, não deixar ressecar e foi a melhor coisa que aconteceu. (P 10)

[...] assim que eu comecei o pré-natal, a médica, a gente sentou e conversou bastante sobre amamentação, que a amamentação ajudaria no crescimento da criança, no desenvolvimento, que é muito importante para a criança mamar. Principalmente a unidade de saúde lá de Guaratuba, foram bem atenciosos comigo. (M 3)

[...] eles orientavam lá na maternidade para o peito não inchar, não empedrar tem que ficar cuidando, explicava direito como pegar pra colocar a mama na boca dele essas coisas (M 15)

[...] até no hospital mesmo, as enfermeiras foram lá orientando, uma equipe também foi lá fazer uma entrevista comigo lá no hospital, não sei se era os estagiários, eles foram ver se estava descendo o leite tudo, todo mundo incentivou nessa parte, não deixaram levar chupeta, ela não pegou chupeta, não pegou na mamadeira, estava a favor do peito. (M 17)

[...] só o Gabriel que não queria, ai encheu muito, ai eu não conseguia também porque eu não tinha o biquinho, ai o postinho, lá em União da Vitória, deu duas conchinhas para esgotar e ai ele conseguiu mamar. Se não acho que eu também não conseguiria, ai deu. (M 7)

[...] sobre amamentação, a gente foi pesquisar, assim hoje tem internet para ver o que ajudava a estimular vir o leite (P 10)

As informações a gente buscava muito na internet, porque a gente lia muito [...] a gente pesquisava, acontecia alguma coisa com a criança a gente ia lá na internet pesquisava o porquê daquilo, lia vários comentários com os mesmos bebês da mesma idade das mães comentando, então é dificilmente a gente ia no médico perguntar alguma coisa. (P 13)

[...] eu li nos papelzinhos do posto (sobre amamentação). (M 7)

[...] a minha mãe não falava nada, ela era bem neutra. Ela não me forçava para dar mama, ela entendia. (M 2)

Como ele trabalhava lá pertinho do hospital, o pessoal liberava ele lá para ficar comigo, até o pessoal do serviço dele, foram bem compreensivos com ela estar internada, eles ajudaram também. (M 16)

[...] eu acho que dando apoio moral para ela (esposa nutriz), ter paciência, porque se ficasse nervosa não descia o leite, essas conversas assim. A outra parte não dá, a gente tem peito mas não tem leite. (P 10)

[...] apoio da família é muito importante na vida da gente que fica tão sensível naquele momento que dói, que racha o bico, Nossa foi muito triste. Mas eu acho que todas elas (mulheres da família) assim amamentaram, deram força (M 10)

[...] Já uma médica aqui falava 'se você não tá conseguindo tudo bem, dê a mamadeira se você não consegue'. (M 2)

Foi bem bom, eu vim lá no grupo de gestante, eu vim aqui (na US). Nossa elas (profissionais de saúde) ajudaram bastante, tirava todas as dúvidas com elas quando a gente precisava. Elas incentivaram bastante a gente, graças a Deus não tenho do que reclamar delas, são bem atenciosas, deram bastante atenção quando eu precisei. (M 5)

[...] (converso) com o meu marido, porque que nem eu falo para ele, ele é meu companheiro, ele é meu amigo sabe? ele tem que saber o que tá se passando, se eu acho que não está bom uma coisa ele me ajuda, ele que me ajuda sempre (M 10)

[...] vai pegando mais idade o pai vai tendo mais participação [...] quando era só o peito dela daí eu não me importava muito. Agora mais que já tá na mamadeira agora que eu estou participando mais com a parte da alimentação, não como parte do lado do pai. mas com a alimentação agora eu participo mais [...] quando é muito pequeno é só mãe, mãe, mãe, não tem muito o que fazer. Você ajuda, mas não é 100%. (P 5)

Meu esposo trabalhando e [...] todo dia era uma viagem e aí a gente ia e voltava todos os dias, fomos todos os dias lá (UTIN), não deixamos um dia de visitar ela, todos os dias. (M 9)

Sempre ao lado, a condição de esposo é sempre ao lado dela, todos os dias que ela estava amamentando eu acompanhei. Quando ela estava aqui presente eu pude acompanhar todas as vezes que ela amamentou o nenê [...] então no caso dela, eu tinha que estar do lado dela. (P 3)

Ah esse aí (esposo) acompanhou, ele gostava, ele gostava muito. E ele é bem presente sabe? Tudo que a criança está fazendo de novo ele quer estar por perto. Que nem essa aqui está começando a engatinhar, subir nas coisas, ele adora estar por perto. Ele é sempre bem presente (M 16)

[...] eu brincava, porque eu gosto muito de brincar com eles, entendeu? então eu sou um pai bem carinhoso, presente. Gosto de trazer docinho a noite, brincar com eles e eu brinco muito com ela, brinco muito. (P 9)

Só que aí a médica pediu para a (filha) tirar (desmamar a criança), então eu falei tem que tirar de vez porque aí uma hora que eu não estou a menina quer mamar. Aí a Taís teve que tirar, então ela mamou até 8 meses (A 11)

Os médicos me deram até parabéns por eu não fazer aquele escândalo que todas as mães novas fazem (durante o parto), me deram até parabéns. (M 16)

Meu marido me enchia muito o saco para eu dar de mamar [...] e eu não conseguia, ele nunca me entendia. Ele me perturbava bastante. Ele sempre foi bem crica, ele ficava me forçando, ele não queria saber se eu tinha leite ou não. Ele queria que eu desse de mamar e pronto [...] E aí eu acho que ele (esposo) ficava assim pra não comprar leite sabe? ele ficou bem bravo comigo [...] não me batia, só ficava bravo [...] eu de mim, eu tentava mas meu marido me falava assim, mas falava grosso, não me encorajava na verdade, só me deixava pior. (M 2)

[...] eles falavam para mim que tinha que dar de mamar, toda hora, só isso. Eu vinha aqui (Unidade de Saúde) e eles falavam 'você está dando de mamar?' 'não tá? Ah tem que dar'. Só isso que eles falavam [...] uma enfermeira aqui [...] já as outras não, elas já brigavam. Mas eu não ligo, é o jeito delas [...] elas falam isso para todo mundo, tem que falar mesmo. (M 2)

Ah eles foram bem. como eu posso dizer para você? não é rígido, eles pegaram muito no meu pé pra mim amamentar, principalmente minha mãe. Eles falavam assim "oh tem que amamenta, não vai deixa o menino morrer

de fome” [...] teve um dia que minha mãe chegou apertar meu seios, porque eu não estava sabendo dar de mamar pro menino e ela falou bem assim pra mim “tá chorando de fome”. Ele mais chorava e pra mim era dor, então ela falava assim “oh está chorando de fome”, “Não, não tá chorando de fome, é dor mãe”. (M 3)

Eu nunca tive nada a mais (que participasse na amamentação), ninguém. (M 1)

Eu não tinha a ajuda de ninguém, só estava eu em casa. Eu tinha que cuidar das crianças [...] porque eu não tenho muito contato assim, muita vida social de sair de casa, eu não tenho. Só em casa mesmo [...] porque meu marido ele está em casa mas não me ajuda em nada, ele é bem assim. Logo que eu ganho nenê ele dá uma ajudinha, mas depois [...] minha mãe ela também é muito idosa, ai não tem como ela ficar me ajudando, ai eu nem quero. (M 2)

[...] eu não tive isso, não tive orientação nenhuma. Até não sei porque eu vivia de hospital em hospital mas eu não tive nenhuma orientação. No primeiro [...] inclusive nem no primeiro dia, nada, foi mesmo o que eu pesquisei e o que eu li. (M 13)

Na maternidade eles só viram ah tá mamando então tá bom. Não falaram nada. Eu acho que as vezes eles nem sabiam que estava mamando direito. (M 7)

[...] então eu não fui instruído a nada, não teve alguém, algum médico, alguma coisa que falasse 'ó conversa com a sua esposa' tipo assim entendeu? Então eu não tive ninguém para incentivar eu a perguntar 'como é que você tá amamentando?' ou coisa assim [...] não teve, então eu nunca perguntei nada sobre isso. (M 9)

[...] Não (ninguém ensinou na unidade de saúde). Só lá na maternidade mesmo que eles ensinaram, meio tarde mas me ensinaram [...] quando o meu peito já estava todo rachado que eles fizeram a palestra, ai não adiantou nada, já estava rachado mesmo, mas ai a única coisa que eu aprendi é que eu tinha que enfiar o dedo para tirar ela (bebê), ia doer menos. (M 11)

[...] que atrapalhou a minha amamentação sabe o que é que foi? Foi aquele hospital que deu leite NAN para o meu filho. O Hospital que viciou ele no NAN. Do peito ele foi de boa até um mês assim, ele mamava de 3 em 3 horas,



acordava na hora certa mas aí depois ele ficou internado e desandou tudo, por fato dele ter tomado leite NAN, se acostumou acho a tomar no biquinho da mamadeira aí ele não quis mais. (M 8)

[...] na verdade nem com o meu marido eu me dou muito bem. (M 2)

Ela (sogra) é uma pessoa distante, é uma pessoa sem amor... eu falo, minha mãe é distante mas minha mãe sempre foi presente, é um grude com o meus filhos. Ela(sogra) não [...] é porque ela é muito materialista, tudo é dinheiro. Você está no emprego e você não tá bem, ela fala 'você não tá bem, saia, porque tem que ganhar dinheiro', gente, não é assim, nem tudo é só isso. Para mim é a única pessoa que tanto faz. (M 9)

[...] na verdade eu não tenho ninguém da minha família além dos meus filhos por aqui. (M 9)

[...] ajudar assim é difícil porque o nosso vínculo familiar é só nós três, a gente é separado da família [...] como eles falam muito errado as coisas a gente procura não se informar por essas pessoas, a gente procure estabelecer uma informação mais corretas, veracidade, não verdades absolutas. (P 13)

[...] mas o resto, fui sempre eu, ela (esposa) e as crianças. Nossos parentes sempre moraram bem longe, graças a Deus. Parente bom é bem longe. A gente visita uma vez por ano, se abraça, se ama, mas a gente gosta de morar meio isolado, sabe? (P 9)

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1 PERCEPÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

A percepção sobre amamentação é uma construção de conhecimentos advindos dos sentidos e da memória e varia conforme a origem de suas informações, condições sociais e econômicas, cultura, crenças, emoções, habilidades, necessidades e objetivos. (PRIMO, 2015).

Estudo realizado com mulheres mexicanas residentes nos Estado Unidos da América identificou a cultura trazida do país de origem como fundamental na decisão de amamentar. As mulheres referiram os benefícios da amamentação, a valorização da disponibilidade para amamentar e a superioridade do leite materno em relação à fórmula infantil. As nutrizes mexicanas acreditam que a amamentação é um elemento central para a consolidação da identidade materna. (WAMBACH et al., 2016).

A percepção de amamentação dos participantes deste estudo traz as expectativas, a visão e os mitos e crenças relacionados à amamentação. A *expectativa* com relação à amamentação, antes do nascimento do filho, foi diferente entre as mães deste estudo, algumas referiram ter vontade de amamentar, outras não tinham vontade de amamentar, enquanto que uma delas referiu nunca ter pensado sobre o assunto. A vontade de amamentar é um dos preditores mais importantes da duração da amamentação. Estima-se que mulheres com essa expectativa amamentem por quase três meses mais que aquelas que não planejam amamentar exclusivamente. Esses achados revelam a importância de se incentivar a amamentação o mais precoce possível. (BASCOM; NAPOLITANO, 2016).

Verificou-se neste estudo que a construção das expectativas é iniciada antes mesmo de a mulher engravidar. O discurso da mãe M16 sobre o sonho de ter um bebê e a vivência no âmbito familiar da criação de filhos revela a necessidade do resgate da prática da amamentação na sociedade. Neste contexto, ressalta-se o papel fundamental da família por meio de exemplos práticos da amamentação e na construção do desejo de amamentar. A intenção da mulher de amamentar exclusivamente é influenciada pelas preferências de membros importantes da família, como o parceiro e a mãe da nutriz. (BAI et al., 2016).

A *visão sobre amamentação* para algumas famílias estudadas é de algo gostoso, prazeroso, que acalma o bebê e é vista como necessária para a criança,

como um dom, uma prioridade, um dever da mãe e um direito de ambos. As famílias ressaltaram as vantagens para a saúde da mãe e do bebê, econômicas e de vínculo, e a necessidade de se ter perseverança para amamentar devido à dor e às dificuldades.

Os participantes de nosso estudo referiram que o AM é necessário para a criança e suas vantagens contemplam a importância dele para a saúde, na proteção contra alergias e na prevenção ao câncer de mama, sendo referido como o melhor alimento, além de ser prático. Nos aspectos econômicos o leite materno tem como benefício não ter custo e, nas vantagens relacionais, promove o vínculo e acalma o bebê. Corroborando com os nossos resultados, pesquisa identificou que os familiares concebem o aleitamento materno principalmente de maneira positiva, relacionando-o com a saúde do bebê e com diversos benefícios da amamentação. (MARQUES; COTTA; BOTELHO, 2010).

A literatura aponta a superioridade do leite materno e seus importantes efeitos na proteção de infecções como diarreias, pneumonias, otite média, infecção urinária e de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, doença celíaca e obesidade. A amamentação também favorece um melhor vínculo entre mãe e filho, aumento do Quociente de Inteligência (QI) e redução da mortalidade infantil. (VICTORA et al., 2016; ISSLER, 2008). No presente estudo verificou-se que as vantagens do aleitamento materno já eram conhecidas pelas famílias, mas, apesar disso, existiam muitas crianças que foram desmamadas precocemente. Demonstra-se necessária a reflexão sobre os discursos e práticas profissionais, a fim de que as orientações extrapolem a importância biológica do leite materno, para um apoio ampliado que vise ao envolvimento da rede social da gestante e puérpera, de modo que sejam construídas expectativas positivas e a mulher receba suporte técnico e emocional para aprender e manter a amamentação.

Contrário aos achados desta pesquisa, foi evidenciado no Estado de Minas Gerais que, mesmo conhecendo o significado de AME, as mães tiveram dificuldade ou insegurança para identificar os benefícios da amamentação. Diante disso, foi destacada a importância da orientação sobre as vantagens do aleitamento materno desde a primeira consulta do pré-natal, tanto para a gestante, quanto para o companheiro, a fim de que ambos sintam-se mais preparados para a amamentação. (PEREIRA E MOURA, et al., 2017).

A amamentação era vista pelas famílias deste estudo (P6, M9) como uma prioridade e um dever, referiram, ainda, que é necessário parar o que estiver fazendo para atender a criança no momento de amamentar. Alguns estudos apontam que, por vezes, os discursos profissionais sobre amamentação têm enfoque exclusivo nas necessidades da criança e deixam de lado as necessidades e vontades da mulher. Culturalmente relaciona-se o ato de amamentar ao amor materno, recebendo muitas vezes uma conotação de obrigação, desconsiderando o direito e a decisão da mulher de amamentar. (FONSECA, 2011; BADINTER, 1985; SANTOS; FERRARI; TONETE, 2009).

Nas falas das mães desta pesquisa (M2, M17), a amamentação foi referida por algumas como um dom ou algo inato. Ao se considerar este um ato instintivo, deixam-se de lado os aspectos multifatoriais envolvidos na decisão e na prática da amamentação, desconsideram-se as dificuldades advindas neste processo, podendo gerar culpa e responsabilização da mulher que não consegue amamentar, por vezes classificada como uma mãe incompetente. (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

Foram apontados pelos participantes desta pesquisa o direito de amamentar e a contraposição a movimentos sociais que proíbem a amamentação em locais públicos. Foi relatado também o benefício da extensão da licença-maternidade para dois anos, pois contribuiria para que a mulher mantivesse a amamentação por mais tempo. Em estudo realizado por Amando (2016) com famílias de bebês prematuros, a amamentação foi destacada pelos participantes como um direito da criança, pois, além de fornecer diversos benefícios, fortalece o vínculo entre mãe e bebê.

O direito da criança a ser amamentada e da mãe de amamentar deve ser garantido pelo Estado. Algumas legislações vigentes visam promover e proteger o AM. Dentre elas, alguns estados do país, incluindo o Paraná, possuem leis próprias para garantir o direito das mulheres de amamentarem em público, prevendo multa para estabelecimentos que impedirem as nutrízes de amamentar. (PARANÁ, 2015). Da mesma forma, o Marco Legal da Primeira Infância prevê a extensão das licenças de maternidade e paternidade. (BRASIL, 2016b). Mesmo assim, são necessárias estratégias macroestruturais para que a amamentação em público seja assumida como um papel social, não apenas com garantias legais mas também morais.

Ao mesmo tempo em que existem movimentos em prol da liberação da amamentação em público, neste estudo foram mencionados (M3) a necessidade de privacidade para amamentar e o constrangimento vivenciado pela exposição das

mamas. Esse discurso reforça a importância de um cuidado individualizado de maneira a atender as expectativas e necessidades de cada nutriz em suas particularidades, de forma a não expô-la a algo que não deseja.

Durante as entrevistas foram identificados *mitos e crenças* das famílias relacionados à amamentação: o leite fraco, a cesárea como um impeditivo para a produção do leite, os horários pré-determinados para as mamadas e a amamentação cruzada.

O mito mais evidenciado foi o 'leite fraco', as famílias referiram que o leite materno não sustentava a criança e relacionaram ao choro do bebê com a fome. Foi possível identificar a influência familiar neste aspecto, pois as famílias que acreditavam que o leite era fraco e que não estava sustentando a criança (F2, F12) tiveram introdução precoce de fórmulas lácteas e desmamaram antes dos 3 meses.

A alegação de pouco leite é uma das queixas mais comuns para explicar a introdução de fórmulas lácteas, sendo muitas vezes relacionada à insegurança da mãe sobre sua produção de leite em quantidade adequada para a necessidade da criança. (ROCCI, 2014). De forma semelhante, o mito do leite fraco está relacionado à percepção das famílias da fome e choro da criança, como se o leite não a estivesse sustentando. (HALPERN; COELHO, 2016; MARQUES; COTTA; PRIORE 2011).

Sabe-se que a hipogalactia é um fenômeno incomum nas lactantes. Em algumas situações pode haver a diminuição da produção de leite devido ao bloqueio dos ductos, porém na maioria das vezes essa diminuição não está relacionada a distúrbios na produção do leite e, sim, ao esvaziamento inadequado da mama ou sucção inefetiva do bebê. Portanto, é necessário observar sinais confiáveis, como os padrões de eliminação do bebê, para determinar se a ingesta está adequada. (GIUGLIANI, 2013).

Um dos participantes do estudo referiu crer que a cesárea foi o motivo para diminuição do leite e consequente desmame. Estudo sobre os determinantes do crescimento de crianças relacionou a cesárea com um menor ganho ponderal do bebê e maior risco de desmame no primeiro mês de vida. A condição materna no período pós-operatório pode atrapalhar o AM, contribuindo para um menor ganho de peso. (FONSECA et al., 2017). Além disso, a demora no primeiro contato entre mãe e bebê, relacionada ao procedimento, à anestesia e à dor incisional, pode dificultar a mamada na primeira hora de vida e o estabelecimento da amamentação, favorecendo a introdução de fórmulas lácteas. (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006). Mulheres

submetidas a cesáreas eletivas normalmente têm menor estímulo à amamentação, devido às rotinas hospitalares que prejudicam o alojamento conjunto, à amamentação por livre demanda e introdução de leites artificiais. (ROLLINS et al., 2016; ESTEVES, 2015). Diante disso, entende-se como necessária a alteração de rotinas hospitalares que sejam contrárias e/ou prejudiquem a amamentação.

Outros mitos e crenças citados pelas famílias do estudo foram de horários fixos para a amamentação, o aumento da produção de leite no verão, a crença de que meninos mamam melhor, as mudanças estéticas do seio, o uso da casca de banana para cicatrização de fissuras e a amamentação cruzada. Especificamente com relação à amamentação cruzada, é necessário que esta prática seja desencorajada, por meio do reforço dos riscos de transmissão de doenças, tendo em vista que essa ainda é uma prática encontrada em alguns meios sociais. (BRASIL, 2007).

Cabe aos profissionais de saúde a proximidade com a lactante e sua família, de maneira a conhecer suas expectativas, medos, mitos e crenças que possam ser prejudiciais à amamentação, trabalhando para a reconstrução destes, por meio de educação em saúde desde o pré-natal até o puerpério, sem deixar de levar em conta o contexto sociocultural dos indivíduos (MARQUES; COTTA; PRIORE 2011), a fim de que a família possa contribuir de forma positiva na amamentação.

## 6.2 CONDIÇÃO DA CRIANÇA

Na categoria Condição da Criança, as famílias expressaram o comportamento de choro e preguiça da criança, as práticas alimentares e os aspectos biológicos dos lactentes como elementos que influenciam o aleitamento materno.

Os participantes referiram que os *comportamentos* de choro e a preguiça para sugar da criança os deixavam preocupados com possível fome e/ou cólica. Este fato pode contribuir para a introdução de fórmulas lácteas. Revisão de literatura sobre o choro excessivo em bebês e suas repercussões na família retrata que o choro está frequentemente relacionado a estresse dos pais, ansiedade e depressão materna. Famílias com bebês que choram excessivamente têm uma tendência maior a desmamarem precocemente, devido às percepções de fome e da insuficiência de leite. Sabe-se que o choro é a única forma de o bebê expressar suas necessidades nos primeiros meses de vida, portanto, nem sempre é evidência de fome, podendo

ocorrer por cólica, frio ou calor, estar molhado ou querendo carinho. (HALPERN; COELHO, 2016).

Quando são descartados os fatores patológicos para o choro do bebê, é importante que o profissional que acompanha esta família oriente por meio do reforço positivo, esclarecendo que a cólica do bebê não é uma doença, mas algo com o qual o bebê está preparado para lidar. Desta maneira, podendo aliviar os pais da responsabilidade de resolver o choro do bebê, ou de tentar compensá-lo com o leite artificial. Neste momento, podem ser reforçadas as vantagens da amamentação, pois evidências comprovam que bebês em AME tendem a apresentar menos crises de cólica. Isto está relacionado ao fato de o leite materno excretado no período noturno ter maior quantidade de melatonina, colaborando para um sono mais duradouro e com menos interrupções. (HALPERN; COELHO, 2016).

Outro aspecto da condição da criança encontrado nos discursos das famílias deste estudo foi o relacionado às *práticas alimentares* infantis desde o nascimento até a idade atual. Houve relatos de crianças em AM e outras em uso de fórmulas lácteas. Sobre o AM, foram descritas a amamentação na primeira hora de vida, a criança que mamava bem e as que tiveram dificuldades para mamar. Nos discursos dos familiares, a fórmula infantil foi utilizada por alguns quando houve prescrição médica, por outros, como complementar ao leite materno, tendo sido diversas vezes relacionada ao desmame precoce. Foi descrita também a introdução da alimentação complementar na criança, sendo diferenciada entre precoce ou oportuna.

Das crianças que receberam leite materno nesta pesquisa, destaca-se o discurso da mãe M9, em que a criança foi amamentada na primeira hora de vida. Por meio desta experiência, foi possível verificar que a amamentação na primeira hora de vida atuou como um elemento promotor da amamentação, pois, mesmo com o filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) durante 13 dias, a mãe recebeu estímulo para amamentar neste período e ainda manteve a amamentação durante nove meses depois do nascimento.

O estímulo à amamentação na primeira hora de vida faz parte do Passo 4 da IHAC do Ministério da Saúde e deve ser uma prioridade, pois aumenta o vínculo entre mãe e bebê e reduz o índice de mortalidade infantil. (OMS, 2001; BRASIL, 2016a). Sabe-se que esta prática é benéfica, pois nesse momento tem-se o período de reatividade neonatal (30 a 60 minutos de vida), em que o bebê encontra-se alerta e explorador, favorecendo o início da amamentação. (TELES, 2015).



A separação do recém-nascido de sua mãe é um aspecto que contribui para o desmame precoce, principalmente quando são ofertadas fórmulas lácteas. E, apesar de ser uma recomendação do Ministério da Saúde desde 1991, a amamentação na primeira hora de vida ainda não acontece na maioria dos nascimentos. (TELES, 2015; OMS, 2001).

Um aspecto importante, identificado nas falas dos participantes, foi a introdução de fórmulas lácteas na maternidade logo após o nascimento e em internações subsequentes. O passo 6 da IHAC recomenda que os recém-nascidos recebam somente leite materno e que as fórmulas lácteas sejam ofertadas exclusivamente quando há prescrição médica. (OMS, 2001). Porém, a realidade evidenciada atualmente é que diversos pediatras não estão envolvidos no contexto do IHAC e muitas vezes recomendam sem discriminação o uso de leites artificiais. (ROCCI, 2014). Estudo trouxe que 11,7% dos abandonos do AME estiveram relacionados à prescrição de fórmulas lácteas por médicos e à recomendação de oferta de água, chás e outros alimentos, contribuindo para o desmame precoce. (GIUGLIANI et al., 2010).

Em uma coorte realizada com 225 mães, constatou-se que o tempo de AME estava correlacionado com as dificuldades na amamentação. Mulheres com dificuldade na amamentação antes da alta tiveram grande chance de desmame aos 60 dias pós-parto. Os dados revelaram que 100% das mulheres tinham intenção de amamentar seus filhos exclusivamente e que 30% tiveram alguma dificuldade em amamentar durante a internação, sendo a dificuldade mais comum relacionada à pega (70,5%). O apoio e ajuda nas dificuldades referidas é um ponto crucial entre o abandono e a continuidade do AM. (ROCCI, 2014).

Foi descrita pelos participantes desta pesquisa a introdução da alimentação complementar das crianças, sendo classificadas em introdução oportuna, quando ocorreu após o sexto mês, e precoce, quando ocorreu antes do sexto mês de vida. Os alimentos introduzidos precocemente foram chá, suco, água e papas. Corroborando com estes resultados, estudo realizado com 362 crianças menores de seis meses, no Estado de Goiás, evidenciou que a introdução da alimentação complementar precoce teve influência negativa sobre a amamentação. Os tipos de alimentos introduzidos foram: no primeiro mês, chás (32,6%), seguidos da água (19,1%); no quarto mês, água (54,1%) e chás (31,5%), acompanhados de outros leites (18,0%) e sucos (11,5%); e, no sexto mês, os principais foram: água (77,5%), frutas (62,7%), sucos (57,2%) e comida de sal (55,1%). (SCHINCAGLIA, 2015).



A introdução alimentar precoce aumenta o risco de infecções intestinais, devido à diminuição dos fatores de proteção do leite materno e pelo risco de água e alimentos contaminados. A diarreia e a desnutrição são importantes complicadores da condição da criança, sendo importantes causas de morte infantil. (XIMENEZ, et al., 2010; BOCCOLINI et al., 2012). Quando há introdução alimentar antes do tempo adequado, há maior propensão ao desenvolvimento de alergias, como à proteína do leite; de doenças como asma, diabetes tipo 1; e de prejuízos nutricionais na absorção de ferro presente no leite materno e, conseqüentemente, anemia. (VAN ODIJK, 2003; STUEBE et al., 2005).

O oferecimento de chá pelos familiares está possivelmente relacionado com questões medicinais do alívio de cólicas, porém sabe-se que o uso de chás em bebês não é indicado devido ao risco de contaminação relacionado à água utilizada, além de poder levar à saciedade do bebê, colaborando para menor ingesta de leite materno e déficit calórico (BRASIL, 2009b).

Contrastando com esses dados, houve outras crianças no estudo em questão que tiveram a introdução da alimentação complementar em momento oportuno, após os seis meses de vida. Em alguns casos, identificou-se que, mesmo com a idade adequada, as crianças receberam alimentos com pouco valor nutritivo.

Segundo os Manual de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar (BRASIL, 2015), é entre os quatro e os seis meses de vida que a criança melhora a aceitação e tolerância de alimentos pastosos. Aos seis meses atinge-se um grau satisfatório de tolerância do intestino e de absorção nutrientes, levando a criança a uma adaptação fisiológica com a alimentação. Logo, a introdução alimentar complementar deve ser iniciada aos seis meses, por meio da oferta de duas papas de fruta e uma papa salgada e, depois, evoluindo conforme as recomendações. Estes alimentos não devem ser sopas, sucos, nem liquidificados, devendo ter consistência de papas ou purês, por apresentarem maior aporte energético. (BRASIL, 2015b). Sabe-se que determinados comportamentos alimentares são culturais, e muitas vezes passados por gerações, cabendo aos profissionais uma orientação sobre a prática alimentar correta.

Foram evidenciados, nesta pesquisa, os aspectos *biológicos* da condição da criança, sendo referidos a internação na UTIN devido à prematuridade, complicações, doenças e as hospitalizações por outras afecções, como desnutrição, infecção e broncoaspiração.

A família F14 teve um bebê prematuro de 32 semanas que precisou de internação na UTIN, porém, diferente da família F9, não houve incentivo à amamentação na primeira hora de vida, nem durante os 21 dias de internação na UTIN. A mãe referiu que sentiu falta de maior proximidade com o filho durante a permanência dele na incubadora, pois a criança só mamou no seio após a alta da UTIN. Ao chegar em casa, relatou que tinha pouca produção de leite e não conseguiu manter a amamentação. A diminuição da produção de leite pode estar associada ao início tardio da amamentação, devido à longa permanência na UTIN, contribuindo para a falta de sucção e esvaziamento da mama, estímulos necessários para a galactogênese. (CARVALHO; TAVARES, 2010).

Mesmo tendo vontade de amamentar, experiência anterior de sucesso na amamentação, histórico positivo de amamentação na família e apoio do esposo na amamentação, a mãe M14 não conseguiu manter a amamentação após o retorno para casa. Esta situação nos remete à importância de práticas hospitalares verdadeiramente eficazes no incentivo à amamentação, pois já existem pesquisas demonstrando que o início tardio da amamentação e o afastamento de mãe e bebê durante a permanência na UTIN estão relacionados a desfechos comprometedores para a amamentação (SPEHAR; SEIDL, 2013; BRIERE, 2016).

Além disso, pode-se inferir que houve uma lacuna dos serviços de saúde hospitalares e de atenção primária para a família F14, pois não receberam todo o apoio de que necessitavam num momento de transição e desafios com o bebê prematuro. É necessário que haja proximidade da US na alta do recém-nascido prematuro, a fim de fornecer orientações que colaborem para a diminuição da ansiedade materna, auxiliem nos cuidados ao bebê, incentivem a amamentação e estimulem a produção de leite.

Alguns dos bebês deste estudo, ao serem internados na Unidade de Terapia Intensiva, receberam leite artificial e mesmo aqueles que se encontravam em AME não foram estimulados a manter AM, segundo relato dos participantes. Estas crianças não conseguiram retomar a amamentação após a alta.

Estudo realizado nos Estados Unidos da América mostrou que, após a alta da UTIN, 51% dos bebês prematuros continuaram recebendo leite materno após um mês da alta, 26% aos quatro meses e 23% aos oito meses. Após o primeiro mês da alta hospitalar, somente duas variáveis foram significativamente relevantes para manutenção do AM: mães que amamentaram pelo menos uma vez por dia na UTIN e

mães com experiência anterior em amamentação. Aos quatro meses de idade corrigida, a única variável significativa foram as mães que amamentaram os filhos pelo menos uma vez por dia durante a internação na UTIN, estas mães foram mais propensas a manter o AM após a alta. Os resultados demonstraram a importância da amamentação durante a internação na UTIN (BRIERE, 2016), corroborando com os dados levantados neste estudo.

Percebe-se que, mesmo existindo políticas públicas, como a IHAC e o Método Canguru, que incentivam a amamentação logo após o nascimento, no alojamento conjunto e nos internamentos de UTIN, ainda evidencia-se um distanciamento destas políticas das práticas dos serviços hospitalares. Em algumas situações deste estudo, houve indício de práticas não efetivas para a promoção da amamentação, demonstrado quando ocorreu desmame de criança com um mês de idade após a internação hospitalar, pois foi ofertada fórmula à criança que estava em AME.

Percebe-se uma fragilidade nas orientações fornecidas, na situação em que houve desmame da criança (F16) após internação, aos três meses de idade, devido ao quadro de broncoaspiração. A mãe ficou com medo de ofertar o seio após o incidente e não recebeu orientações sobre como proceder com a amamentação após a alta.

Diante disso, entende-se que é necessário refletir e modificar as ações nos serviços de saúde, de maneira que sejam feitos avanços nas políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno, a fim de gerar práticas institucionais e profissionais promotores do aleitamento materno.

### 6.3 CONDIÇÃO MATERNA

A condição materna emergiu no discurso dos familiares, ao expressarem aspectos biológicos, emocionais e de organização do tempo maternos.

As *condições biológicas* da mãe foram relacionadas aos problemas na mama, à gravidez, ao parto e à doença materna. Os problemas com a mama citados pelas famílias estudadas incluíram a dor ao amamentar, os traumas mamilares, o ingurgitamento, a mastite e os mamilos planos ou invertidos. Várias entrevistadas referiram a dor e a fissura mamilar como sintoma e sinal presentes durante a amamentação. Investigação realizada em puérperas com dor ao amamentar, identificou a presença de dor desde a primeira semana pós-parto, dor em ambos os

mamilos e persistência da dor durante toda a mamada. Os traumas mamilares foram mais comuns em mulheres que amamentavam exclusivamente, utilizavam bombas de extração de leite e protetores de mamilos. (MCCLELLAN, 2012).

É comum nos primeiros meses pós-parto haver problemas com fissuras mamilares, dor na amamentação e dificuldade com mamilos planos e invertidos. Neste período, há necessidade do apoio dos profissionais de saúde na realização de orientações e auxílio direto na pega e posicionamento, esclarecendo que o bebê não suga o mamilo, mas sim a aréola, a fim de que seja possível vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila. (FUJIMORI et al., 2010, NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009).

Nas falas dos participantes foi possível identificar que muitas persistiram na amamentação, apesar dos traumas mamilares. Diante das experiências relatadas pelas mães, entende-se que é necessário haver insistência e apoio durante o processo de amamentação, inclusive por meio de acompanhamento domiciliar, pois muitas mães experimentam dor ao amamentar e traumas mamilares até aprenderem o posicionamento e pega corretos. Isso pode ser percebido na fala da mãe M4, quando refere que no primeiro filho apresentou fissuras mamilares, mas que, quando aprendeu a pega e posição corretas, conseguiu amamentar os outros filhos, incluindo um com necessidades especiais. Outra mãe (M14) referiu persistir apesar dos traumas mamilares, sangramento e desconforto ao amamentar, continuou por força, amor e sentimento de ser mãe.

A dor no mamilo é uma causa comum para o desmame precoce e, além de interferir na amamentação, também altera o humor, as atividades gerais e o sono. A interferência nesses aspectos também é influenciada pelo tempo de duração da dor. Quando a dor é vivenciada por longos períodos, também pode estar relacionada ao desenvolvimento de depressão. (PEREIRA E MOURA, et al., 2017; MCCLELLAN, 2012).

As condições relacionadas à gestação e ao parto evidenciadas neste estudo foram o descolamento de placenta, o sangramento e a dor. Estudo reporta que o estresse materno e fetal durante o trabalho de parto e parto, ligado à longa duração destes e ao grau de exaustão materno, está relacionado com ao ingurgitamento mamário, diminuição do volume de leite no 5º dia e/ou atraso no aparecimento da caseína do leite. (DEWEY, 2001).

A doença materna foi citada pelos participantes como um motivo para a parada da amamentação, pois relaciona-se frequentemente com a internação e tratamentos com antibióticos. Muitas vezes esses tratamentos acabam por afastar mãe e bebê, seja pelas rotinas hospitalares ou pela contraindicação do uso de medicações e lactação. Evidências científicas indicam que diversos antibióticos, como as penicilinas e cefalosporinas, já foram bem estudados e são considerados compatíveis com a amamentação devido à baixa excreção no leite materno. Mesmo que efeitos colaterais não sejam comuns, a exposição dos bebês a estes antibióticos é autolimitada e os efeitos são de diarreia e *rash*. Duas classes de antibióticos, as tetraciclinas e fluoroquinolonas, são conhecidas por trazerem complicações aos bebês, devendo ser evitadas principalmente quando os tratamentos forem de longa duração. (ROWE; BAKER; HALE et al., 2015).

Na situação trazida pela avó A11, tem-se um caso de desmame indicado pela médica, devido ao tratamento da mãe com antibióticos. O manual do Ministério da Saúde “Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias” (BRASIL, 2014c) especifica as medicações que são compatíveis, que devem ser usadas com critério, e aquelas que são contraindicadas durante a lactação. Quando o profissional utiliza estas ferramentas, pode-se buscar uma droga que seja compatível com a amamentação, ou, quando não for possível, utilizar aquela com critério pelo menor tempo possível. Quando há necessidade de suspensão temporária da amamentação, deve-se orientar a realização de massagens e ordenhas do leite materno, a fim de não diminuir a produção de leite e possibilitar a retomada da amamentação ao término do tratamento. (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007).

As *condições emocionais* maternas presentes nos resultados deste estudo foram a depressão, o medo, a ansiedade, o desânimo e também a confiança.

O estresse vivenciado pela mãe durante a amamentação é causado pela interação entre a mulher, a criança e o ambiente, podendo ser classificado em estressores internos ou externos ao binômio. Os estressores internos são: as condições biológicas inadequadas da mãe e da criança, a percepção distinta da mulher, a imagem corporal e o conflito no papel de mãe. Os estressores externos são o ambiente inapropriado, sistemas organizacionais que não apoiam, protegem e promovem a amamentação, controle familiar e social antagônico à amamentação. (PRIMO, 2015).

A mãe M14 referiu medo e ansiedade frente à condição de seu filho internado na UTIN e insegurança após a alta, ela relacionou estes fatores à diminuição do leite. A literatura aponta que existem associações entre a ansiedade pós-parto e a lactação, pois aquela influencia negativamente a amamentação e a composição do leite por meio de respostas psicológicas ao estresse. Comumente, a ansiedade interrompe a liberação de ocitocina e prolactina, hormônios responsáveis pela produção e ejeção de leite, a inibição frequente desse reflexo pode gerar a redução da produção de leite. Juntamente a isso, o estresse emocional está relacionado a elevados níveis de cortisol e glicose. (DEWEY, 2001). Diante do exposto, pode-se inferir que a redução da lactação da mãe pode ter relação com a ansiedade e medo vivenciados por ela durante o puerpério e em situações adversas do bebê.

Em revisão sistemática conduzida para examinar a relação entre ansiedade pós-parto e os resultados da alimentação infantil, foram trazidos estudos que avaliaram a relação entre a ansiedade e a composição do leite materno. Os resultados evidenciaram que o estado de ansiedade materno está associado à redução da Imunoglobulina A no leite materno, que provê imunidade contra patógenos comuns; e a elevados níveis de sódio, relacionados a um comprometimento na lactação e à perda de peso neonatal. (FALLON et al., 2016).

Mulheres com sintomas de ansiedade no pós-parto são menos propensas a amamentar exclusivamente e têm maior tendência a desmamar precocemente. Algumas evidências sugerem que puérperas ansiosas têm menor chance de amamentar e maior chance de iniciar fórmulas infantis. Nas mulheres que amamentam, a ansiedade diminui a autoeficácia, aumenta as dificuldades para amamentar e pode afetar negativamente o comportamento de amamentação e a composição do leite. (FALLON et al., 2016).

Outro problema emocional referido pelas famílias do estudo foi a depressão, relacionada ao estresse das múltiplas atividades (M17), à morte recente de um filho e às práticas impositivas para amamentar (M2). Investigação com mulheres apresentando sintomas de depressão pós-parto encontrou que mães com sintomas depressivos tiveram uma duração da amamentação consideravelmente menor (17-18 semanas), quando comparadas a mães que não os tinham (17-22 semanas). Além disso, o AME também foi de menor duração (4-7 semanas), diferenciado das sem sintomas (5-7 semanas). As puérperas com sintomas depressivos desmamaram antes

de 24 semanas (68,7%), em contraste com as que não tinham esses sintomas (57,2%). (BASCOM; NAPOLITANO, 2016).

Por outro lado, algumas nutrizes de nossa pesquisa relataram bem-estar com relação à vida e confiança para amamentar. Evidência científica aponta o papel fundamental da rede social na manutenção da saúde mental e no enfrentamento dos desafios do período de adaptação após o nascimento da criança. (DESSEN; BRAZ, 2000).

A *organização do tempo* foi citada pelas famílias do estudo ao se referirem ao planejamento da gravidez, à disponibilidade de tempo para amamentar e cuidar do bebê, e ao trabalho fora de casa. A falta de planejamento da gestação, citada pela mãe M2, acrescida da frustração por não ter aproveitado o casamento, pode ser um elemento fragilizador da amamentação.

Estudo realizado na cidade de Montes Claros/MG com 394 gestantes apontou que 58% das gestações não foram planejadas, o que demonstrou uma baixa eficiência e adesão ao programa de planejamento familiar. (EVANGELISTA; BARBIERI; DA SILVA, 2015). Outro estudo, com 202 mulheres, buscou a associação entre o planejamento da gestação e a duração do AM, não encontrando diferença estatística significativa no tempo de amamentação entre mulheres que planejaram e que não planejaram a gravidez. (CONCEIÇÃO; FERNANDES, 2015).

Evidencia-se, nas falas dos participantes, a organização de tempo das mães, priorizando o bebê e a amamentação acima de outras atividades. Foi ressaltada a facilidade da mãe que não trabalha fora em amamentar, devido à maior possibilidade de organização do tempo para as tarefas domésticas, assim, é necessário que a mulher tenha uma rotina para dar conta de suas atividades com afazeres do lar e outros filhos. Algumas mulheres referem ter tempo para outras atividades somente quando o bebê dorme, pois normalmente não têm ajuda para realizar todas as demandas sob sua responsabilidade.

Outro elemento importante no relato dos participantes foram as relações de trabalho, pois algumas mães não tinham trabalho formal e outras precisavam trabalhar fora. As nutrizes que trabalhavam fora de casa referiram o processo de retorno ao trabalho, o suporte legal para a amamentação, as características de carga horária e o trabalho informal.

Muitas mulheres justificam o fato de não estarem trabalhando, demonstrando culpa por não estarem auxiliando na renda da família. Evidencia-se, atualmente, uma



cobrança social para que a mulher dê conta dos filhos, da casa, do trabalho e do marido, e muitas mulheres dizem estar acostumadas a essa rotina extensiva. Estudo aponta que os múltiplos papéis exercidos pelas mulheres levam as nutrizes a ficarem inseguras, ansiosas, cansadas e preocupadas. (PRIMO, 2015).

Aquelas mulheres que precisam retomar o trabalho após o nascimento do bebê enfrentam diversos desafios, desde o local onde vão deixar a criança, o ‘desapego emocional’ e também o conflito com a amamentação. É nesse momento que muitas mães trabalhadoras cessam a amamentação. Diante disso são necessárias a valorização e implementação das políticas públicas dentro das instituições de trabalho públicas e privadas, a fim de incentivar a manutenção do AM mesmo após o retorno ao trabalho. É fundamental que as instituições apoiem a amamentação por meio de ações como o programa “Mãe Trabalhadora que amamenta”, a abertura de salas de apoio à amamentação e a disponibilidade de creches para que as crianças possam ficar próximas de suas mães. (BRASIL, 2010).

Na análise dos dados, detectou-se que algumas mulheres preferiram manter um trabalho informal após o nascimento do bebê, devido à maior flexibilidade de horário para atender às necessidades da criança. Esse assunto merece reflexão, pois, se o registro em carteira de trabalho existe para proteger os direitos do empregado, qual é a motivação que leva a mãe a preferir um trabalho informal? É necessário repensar se as legislações trabalhistas têm efetivamente contribuído para a proteção da trabalhadora ou se têm dificultado a realização de atividades relacionadas ao cuidado à criança e à amamentação.

Dados de outras pesquisas apontam que mães que precisaram retornar ao trabalho introduziram o leite artificial antes dos seis meses de vida da criança e frequentemente desistiam da amamentação. (MÜLLER; SILVA, 2009; PEREIRA E MOURA, et al., 2017). As puérperas referiram que não existe apoio social para trabalharem e manterem a amamentação, pois muitas vezes sentem-se pressionadas pelos chefes e acabam abandonando o AM. (MÜLLER; SILVA, 2009).

A garantia da licença-maternidade e paternidade (BRASIL, 1998) é um direito que contribui para a manutenção da amamentação devido ao afastamento das atividades laborais durante um período essencial para o bebê. A extensão das licenças de maternidade e paternidade é mais uma segurança para a atenção adequada ao recém-nascido (BRASIL, 2016b). Porém, sabe-se que a licença de 180



dias não é uma regra para todas as mulheres e que muitas têm prejuízo na manutenção da amamentação devido ao curto período de licença.

A literatura aponta que o retorno ao trabalho está relacionado a altos índices de desmame precoce. (PEREIRA E MOURA, et al., 2017). Mesmo para mães que conseguem manter a amamentação concomitantemente com o trabalho, é pouco provável que consigam mantê-la de forma exclusiva, devido a todas as demandas e atividades destas mulheres.

#### 6.4 EXPERIÊNCIA FAMILIAR

Nesta categoria foram expressas as experiências familiares fortalecedoras e fragilizadoras da amamentação, tanto da mãe quanto dos demais membros da família. As *experiências fortalecedoras* da amamentação foram relacionadas às experiências anteriores positivas da mãe ao amamentar outros filhos, à produção de leite em grande quantidade e à história de amamentação na família, apresentada nos genogramas (FIGURAS 2, 3 e 4).

A experiência pessoal exitosa da mulher na amamentação de outros filhos contribui para deixá-la mais segura com o desempenho dessa prática. (RODRIGUES, et al., 2014). Por meio dos discursos dos participantes deste estudo, identificam-se maior tranquilidade e persistência nas mulheres experientes. A maioria das mães com experiência anterior positiva de amamentação conseguiu amamentar os próximos filhos. As mulheres com experiência anterior que não conseguiram manter a amamentação (M14, M16) tiveram como elemento fragilizador a internação do bebê em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A história de amamentação na família foi considerada um elemento fortalecedor para as nutrizes desta pesquisa. Considerando que a cultura familiar é construída por diversos aspectos, incluindo as práticas e saberes da família de origem. E que o cuidado familiar está embasado nesta cultura, transmitida pelas gerações, e é transformado pelas experiências (ELSEN, 2004), pode-se inferir que o cuidado desempenhado pela família da nutriz será influenciado por sua própria história com amamentação.

O genograma da família F9 traz a representação de um contexto com história familiar de amamentação. Nele evidenciamos avó materna e tias da criança que amamentaram por mais de seis meses, e a mãe M9 que amamentou todos os filhos.

A nutriz (M9) referiu ter um relacionamento muito próximo com sua mãe, que amamentou por período satisfatório, enquanto que teve um relacionamento conflitivo com sua sogra, que não conseguiu amamentar por mais de seis meses. A análise desta representação faz-nos considerar que a amamentação é uma cultura estabelecida nesta família e que o relacionamento positivo com sua mãe pode ter contribuído para que esta nutriz amamentasse. As mulheres da família que amamentaram atuaram como referências de amamentação para a nutriz, colaborando no fortalecimento e incentivo da amamentação. Mesmo que a sogra de M9 não tenha amamentado, o fato de terem relacionamento conflituoso pode ter contribuído para que a experiência dela não tenha influenciado sua decisão de amamentar.

Sabe-se que a família tem um papel fundamental na promoção e manutenção da amamentação, atuando no cuidado e no monitoramento da saúde materno-infantil. A família é o espaço de socialização, no qual a mãe pode trocar experiências sobre alimentação infantil, saberes e práticas. Ali será encontrado o primeiro referencial da nutriz de mulheres que já vivenciaram a maternidade e serão buscados apoio e incentivo para os desafios da amamentação. As percepções e antecedentes familiares influenciam para guiar, direcionar, controlar e mudar o comportamento da nutriz na amamentação. (LIMA; LEÃO; ALCÂNTARA, 2014; MAURI; ZOBBI; ZANNINI, 2012).

Conhecer alguém que amamentou por mais de um mês ou ter sido amamentada quando criança são fatores relevantes para diminuir os índices de desmame precoce. Puérperas que têm pelo menos três membros da família com preferência pelo AM tem menor índice de desmame que mulheres com familiares que não têm preferência. (DARWENT; MCLNNES; SWANSON, 2016; BAI et al., 2016)

Como *experiências fragilizadoras* da amamentação foram relacionadas: a percepção de pouco leite; não ter experiência com amamentação; as experiências negativas individuais deste e dos outros filhos; não ter história de amamentação na família; e o desmame por nova gestação.

Estudo realizado no Estado de São Paulo, para verificar o tempo médio de AM, identificou que mães que abandonaram o AME referiram como causa do desmame o leite fraco, e não o trauma mamilar. (ROCCI, 2014). O abandono da amamentação frequentemente está ligado a razões de caráter subjetivo, como o medo de o bebê não ter sua fome saciada devido à baixa qualidade ou quantidade de leite produzido por ela. (PEREIRA E MOURA, et al., 2017).

Estudo com mulheres chinesas retratou que mais da metade das mães teve como causa do desmame a autorreferida insuficiência de leite e que o desmame ocorreu cerca de dois meses após o parto. Mais de um terço das mães não sabia o porquê do suprimento insuficiente de leite e a maioria das mulheres utilizava indicadores pouco específicos para avaliar a insuficiência de leite, como: o olhar de fome do bebê após a mamada e não sentirem a presença do leite. Frequentemente não se utilizavam indicações confiáveis como a quantidade de eliminações e de fraldas trocadas. (LOU et al., 2014).

Alguns integrantes desta pesquisa referiram não ter experiência com amamentação, o que pode contribuir para o aparecimento de dificuldades. A falta de experiência com amamentação, relacionada à primiparidade, é considerada um fator de risco para o desmame precoce, tendo em vista a maior possibilidade de uma mamada insatisfatória. Ressalta-se o papel fundamental dos enfermeiros na assistência e no cuidado diferenciado às famílias sem experiência ou com dificuldades na amamentação. (ALMEIDA et al., 2010).

Outros participantes referiram experiências negativas na amamentação de outros filhos, relacionadas ao tipo do mamilo e à percepção de diminuição do volume de leite. As experiências negativas tendem a deixar a mulher temerosa, insegura e menos confiante em sua habilidade de amamentar a criança (RODRIGUES, et al., 2014), colaborando para prejudicar a amamentação.

A experiência negativa de amamentação foi considerada, neste estudo, um elemento fragilizador da amamentação. Evidências indicam que mães sem experiência anterior, com experiência anterior negativa ou com pouco acesso à informação devem receber olhar mais atento da equipe de saúde. (HENDERSON; REDSHAW, 2011; BARNES et al., 2013).

Observa-se no genograma da família F2 (FIGURA 1) uma história familiar de amamentação não efetiva, composta por: avó paterna que não amamentou, avó materna que amamentou por curto período e pela nutriz (M2) que não conseguiu amamentar os filhos por mais de três meses. Isso demonstra um padrão no comportamento familiar relacionado à amamentação.

Ao comparar as famílias F2 e F7, encontram-se similaridades na rede social restrita e nas dificuldades de amamentação relatadas por ambas. Como diferenças, identifica-se na família F7 história familiar de amamentação e na F2 a ausência de exemplos positivos de amamentação na família. A mãe M7 expressou vontade e

persistência para amamentar apesar das dificuldades e, além disso, recebia apoio do esposo para realizar os serviços domésticos e como companhia social. Como desfechos destas famílias, tivemos a mãe M7 que conseguiu amamentar após auxílio profissional, enquanto que a mãe M2 desistiu de amamentar.

A história familiar consiste em padrões de comportamentos familiares, atitudes, crenças e valores que são transmitidos por gerações e guiam sobre a melhor maneira de agir. (BYNG-HALL, 1985). Esta história familiar pode ser replicada, pela realização de coisas que os pais fizeram, ou corrigida, fazendo coisas diferentes, frequentemente em oposição àquilo que era realizado pelos pais. (BYNG-HALL, 1995). Portanto, considera-se a história familiar como uma das principais influências na alimentação da criança, afetando as intenções e duração da amamentação. (DARWENT; MCLNNES; SWANSON, 2016).

Investigação realizada na Escócia sobre a experiência de mulheres que foram as primeiras a amamentar da família identificou que, em contextos onde não houve antecedentes familiares de amamentação, a tendência é que menos mulheres dessa família amamentem. (DARWENT; MCLNNES; SWANSON, 2016).

Os legados intergeracionais influenciam a prática da paternidade, mesmo quando há afastamento ou discordância, por meio da escolha de outro caminho. No processo de transição para a maternidade, a mulher precisa refletir sobre suas crenças e decidir quais aspectos irá manter e quais irá rejeitar. (THOMSON et al., 2011).

Com relação à amamentação no caso de nova gravidez, identificou-se no discurso da mãe M6 o desmame da criança aos oito meses pela nova gestação, possivelmente recomendado por um profissional de saúde. A orientação do Ministério da Saúde é que a mulher com boas condições de saúde pode manter a amamentação durante a gestação. (BRASIL, 2015b).

Em revisão sistemática realizada pela Sociedade Italiana de Medicina perinatal e Ministério da Saúde da Itália, identificou-se que não existem evidências clínicas, na população em geral, indicando que mulheres tenham um maior risco de aborto espontâneo ou de parto prematuro se continuarem amamentando durante a gravidez. É improvável que possa haver restrição de crescimento intrauterino devido à concomitância entre amamentação e gestação, em mulheres saudáveis e bem nutridas de países desenvolvidos. (CETIN et al., 2014)

Existem poucas informações sobre a composição do leite em mulheres grávidas, e não foram encontradas informações sobre o crescimento de crianças de mulheres que amamentaram durante a gestação. Diante disso, podemos encorajar a amamentação, preferencialmente no primeiro e segundo trimestres gestacionais, recomendando adequada nutrição e suplementação alimentar da mãe, se necessário. No terceiro trimestre, também é sustentável manter a lactação, a menos que haja risco de parto prematuro. (CETIN et al., 2014).

## 6.5 REDES SOCIAIS DE APOIO

Uma rede social é considerada uma rede de apoio, quando ocorre um processo ativo de troca e correspondência por meio da existência de um provedor, pessoa que proporciona o apoio e proteção, e um receptor, sujeito que recebe apoio e proteção, de modo que cada um desempenhe o seu papel. (CAMPOS, 2016; LACERDA et al., 2006). Em nosso estudo, mãe e bebê tiveram o papel de receptores de apoio e suas famílias e os profissionais de saúde, papel de provedores de apoio. Ao tratar do apoio na amamentação, parece que uma das principais influências na experiência da mulher com relação à alimentação de seu filho é a habilidade da família em apoiar a amamentação. (DARWENT; MCLNNES; SWANSON, 2016).

Neste estudo, foram identificadas as funções desempenhadas pelos elementos das redes sociais de apoio às famílias no suporte à amamentação, conforme classificação proposta por Sluzki (2010): ajuda material e de serviços; guia cognitivo e conselhos; apoio emocional e regulação social. Foram referidos como elementos da rede de apoio social os membros da família, principalmente os pais e as avós da criança, e da rede formal os profissionais, enfermeiras e médicos das US e maternidades nas quais a mãe e criança foram atendidas. Também foram identificadas lacunas da rede social quando referidos falta de apoio e relacionamentos conflituosos.

O apoio fornecido pela rede social pode ser manifesto pela *ajuda material e de serviços*. Nesta função, frequente nas falas das famílias, foram citados os cuidados ao bebê e aos outros filhos; os cuidados com a puérpera; a ajuda direta na amamentação; o auxílio financeiro; e a participação nos afazeres domésticos. Os familiares mais citados nesta função foram os pais e as avós dos bebês, seguidos dos

avôs na ajuda financeira, a cunhada e os filhos mais novos no auxílio aos afazeres domésticos.

A família F13, assim como a F2, não tinha experiência de amamentação familiar, bem como recebeu orientações e conselhos contrários a esta prática, mas, mesmo assim, obteve sucesso na amamentação. Os diferentes desfechos destas famílias podem estar relacionados ao envolvimento do pai (P13) desde o pré-natal, buscando informações sobre cuidados com o bebê e amamentação, nos cuidados à criança, no apoio e incentivo à amamentação.

Outras mulheres deste estudo referiram não ter a participação direta do companheiro na amamentação, porém reconheceram o importante papel deste na divisão de tarefas da casa. Estes resultados corroboram com outra pesquisa que evidenciou as atividades em que as nutrizes precisavam de ajuda, sendo citados os afazeres domésticos, os cuidados com o bebê e outros filhos, e o preparo das refeições. (FUJIMORI et al., 2010).

Os enfermeiros foram elencados, nesta pesquisa, no auxílio direto à amamentação por meio de massagens e ordenha das mamas. Em uma revisão de literatura sobre as redes sociais de apoio na amamentação, houve referência ao suporte profissional após o nascimento do bebê por meio da ajuda direta na amamentação ensinando e demonstrando as massagens, ordenha e a pega correta. Também foram citados os profissionais que atendiam à puericultura, que orientaram e auxiliaram na pega e posicionamento. (MARQUES; COTTA; MAGALHÃES, 2010; PRIMO et al., 2015).

Na função de *Guia cognitivo e conselhos* foram referidos pelos participantes deste estudo: o incentivo e a insistência para amamentar; a conversa; os conselhos; a orientação e ensino; e os recursos informativos, por meio de *folders* e Internet. O incentivo à amamentação foi realizado pelos profissionais de saúde, familiares, creche e maternidade. As orientações recebidas pelas nutrizes foram provenientes de sua mãe, esposo, cunhadas e incluíram a oferta do seio até os seis meses, deixar o bebê soltar do peito sozinho, o uso da esgotadeira e os cuidados com o bebê.

O pai P10 referiu conversar com sua esposa a respeito dos conselhos fornecidos por terceiros, a fim de juntos resolverem aquilo que seria benéfico ou não para eles durante a amamentação. Considerando a importância da família na decisão de amamentar, deve-se estimular a inclusão do pai nas ações educativas realizadas antes e após o parto, a fim de conferir-lhe mais segurança para oferecer suporte à

mãe (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013). Estudo realizado na China, para descrever as preferências da rede social de apoio de puérperas na alimentação infantil, identificou que o apoio do parceiro na amamentação colabora para a sua manutenção. As preferências da rede de apoio influenciam o comportamento da mãe e estão fortemente relacionadas à decisão de amamentar. (BAI et al., 2016).

O genograma da família F7 apresenta antecedentes familiares de amamentação, contrastando com o insucesso da mãe M7 ao amamentar os dois primeiros filhos. Este insucesso foi relacionado pela mãe M7 com a condição do mamilo plano, a insuficiência na produção de leite e a falta de orientação e apoio para amamentar. A mãe (M7) relatou sua experiência durante a internação e após o parto, na qual não recebeu adequada avaliação e orientação da equipe de saúde. Durante o puerpério do terceiro filho procurou a US, onde o enfermeiro, ao perceber as dificuldades da nutriz, orientou o uso de conchas para os mamilos.

Mesmo que a utilização de conchas mamilares, seja uma prática não recomendada pelo Ministério da Saúde, houve um diferencial no atendimento fornecido à mulher nesse momento, pois, após a orientação, a mãe, que não tinha amamentado os dois primeiros filhos, conseguiu amamentar seu terceiro filho. Diante desse relato, percebe-se a importância do investimento profissional em um cuidado individualizado, por meio da escuta e atenção às necessidades da nutriz com dificuldade para amamentar. Destaca-se que as lacunas da família no apoio à amamentação podem ser supridas por outros membros da rede de apoio, a fim de reverter o quadro de insucesso na amamentação.

As orientações dos profissionais de saúde referidas pelas famílias deste estudo incluíram os cuidados com a mama, pega e posição no seio, durante as consultas de pré-natal e/ou após o nascimento do bebê na maternidade. A orientação sobre amamentação durante o pré-natal tem se mostrado efetiva para o preparo da mulher e sua família. Estas devem ser esclarecidas sobre os benefícios do AM, desvantagens do uso de outros leites, técnicas de amamentação (RODRIGUES et al., 2013), mas também das dificuldades e desafios que perpassam este período. (MARQUES; COTTA; MAGALHÃES, 2010).

A família F9 teve história familiar e experiência materna com amamentação. Após o nascimento da filha prematura, houve realização da mamada na primeira hora de vida e oferta de leite materno durante os 13 dias de internação na UTIN. A mãe (M9) referiu ter recebido orientação no pré-natal e na maternidade sobre



amamentação. Na internação de seu bebê, recebeu apoio do Banco de Leite Humano para ordenha e oferta do leite, da UTIN, do esposo e, após a alta, da US. Apesar de a condição da criança atuar como um elemento fragilizador para a amamentação segundo a literatura (ROLLINS et al., 2016), evidenciam-se neste caso práticas institucionais promotoras da amamentação.

Em coorte realizada em Hong Kong com 722 nutrízes primíparas para testar a eficácia das intervenções de suporte profissional à amamentação, evidenciou-se melhores índices de amamentação em mulheres que receberam apoio. As puérperas do grupo intervenção receberam apoio especializado e focado na amamentação durante a internação na maternidade e, após a alta, telefonemas até a quarta semana pós parto. Nutrízes que receberam apoio das enfermeiras neste período obtiveram maior duração da amamentação quando comparadas com as que receberam atendimento padrão, demonstrando que o suporte profissional no puerpério imediato e tardio está relacionado a melhores índices de amamentação. (FU et al., 2014).

Revisão de literatura realizada entre os anos de 2004 e 2013 descreveu como principal papel dos profissionais de saúde na amamentação os conselhos, as orientações, informações sobre AM, esclarecimento de mitos e incentivo da amamentação até os seis meses. (PRIMO et al., 2015). No Brasil, estratégias como a IHAC, Método Canguru e Estratégia Amamenta e Alimenta têm-se demonstrado efetivas para o aumento dos índices de aleitamento materno. (SAMPAIO et al., 2011). Estudo com médicos da APS identificou que a realização de consulta puerperal em até duas semanas após o parto aumentou os índices de amamentação (LABAERE, et al., 2005). No Município de Curitiba, as nutrízes contam com o Programa de Aleitamento Materno (PROAMA), serviço ofertado pela secretaria de saúde que apoia e orienta nutrízes no manejo da amamentação. (CURITIBA, 2017).

A Internet foi referida pelas famílias como uma ferramenta utilizada para conhecer mais sobre a amamentação, esclarecer dúvidas e conselhos para estimular a produção de leite. Em termos de qualidade, as informações fornecidas *on-line* podem ser as mais diversas possíveis, podendo contribuir para a boa prática da amamentação ou não. Segundo Lima (2016), é impossível controlar o acesso às informações disponíveis na Internet, porém o profissional de saúde pode orientar sobre *sites*, ferramentas confiáveis e credibilidade das informações fornecidas nos mesmos. Além disso, a rede *on-line* pode ser utilizada durante o processo de cuidar, a fim de empoderar a família e aproximá-la do profissional.



O *apoio emocional* foi mencionado pelas mães quando a rede se mostrou compreensiva com suas dificuldades, quando tiveram paciência, apoiaram a amamentação e foram amigos. Corroborando com estes resultados, outro estudo evidenciou que o apoio emocional oferecido pelos familiares diz respeito a: acalmar a mulher, ter paciência, valorizar e encorajar amamentação, elogiar, apoiar e incentivar a amamentação. (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013).

O discurso da mãe M2 expressa sua necessidade de apoio emocional frente à condição da perda recente de outro filho e sintomas depressivos. Destaca-se o impacto da lacuna de apoio de M2, no que diz respeito ao acompanhamento de sua condição de saúde, bem como ao suporte na amamentação. Foram referidas a avó e a médica da US, como elementos de apoio emocional da nutriz, pois, sem práticas impositivas, ampararam a nutriz na decisão de suspender a amamentação. Nesse sentido, ressalta-se a importância de a mulher ser respeitada em sua decisão de não amamentar, devendo ser uma escolha e não uma obrigação.

Há relatos de que a presença empática de pessoas reduz o impacto do estresse e corrobora para menores níveis de ansiedade, depressão e dor física. (SLUZKI, 2010). Devido às dificuldades enfrentadas pela mulher no puerpério, relativas ao cuidado da criança e a amamentação, a mãe pode experimentar um sentimento de inabilidade perante esta situação. Diante disso, é importante que a mulher sinta-se valorizada como mãe e nutriz, seja auxiliada na pega e no posicionamento correto do bebê, pois estas são consideradas práticas apoiadoras do AM. (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013).

Há evidências de que, ao iniciar a amamentação, é importante que a mulher receba apoio verbal, por meio de elogios e incentivo, a fim de estimular a nutriz. As avós maternas são referidas como pessoas fundamentais no processo de amamentação. Os parceiros são vistos como indispensáveis. Os pais que foram amamentados quando criança foram grandes apoiadores para as esposas na amamentação dos filhos. (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013).

Na *companhia social* foram elencadas as funções de participação e presença da rede de apoio. A participação da família foi citada na oferta de alimentação, no brincar com a criança e no acompanhamento da avó à puérpera durante o período do resguardo. A presença da rede de apoio foi evidenciada durante o parto e pós-parto na maternidade, durante a permanência da criança na UTIN, no ficar junto no

momento de amamentar e no acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança.

Evidências científicas indicam que a presença de um familiar durante as dificuldades enfrentadas na amamentação, como os traumas mamilares, ingurgitamentos e mastites, é fundamental. (FUJIMORI et al., 2010). A presença de acompanhantes durante a internação hospitalar foi associada a recuperações mais rápidas e completas. (SLUZKI, 1997).

Percebe-se, pela fala do pai P5, que, a partir da introdução da mamadeira, ele se sentiu mais envolvido no cuidado da criança. Isso nos faz inferir que durante o AME ele não se sentia totalmente incluído no processo. Por outro lado, temos o pai P3, que referiu permanecer junto com a mulher durante o momento da amamentação, ressaltando sua importância como apoio e companhia. Diante disso, faz-se necessária uma reflexão sobre a inclusão do pai no processo de cuidar, desde o pré-natal e durante a infância. O pai precisa ser orientado e envolvido no processo de amamentação, a fim de que ele não se sinta distante deste momento. Existem evidências sobre a importância de o pai não se opor à amamentação, mesmo que não concorde, durante este período a ajuda fornecida por ele é fundamental. A preferência do parceiro pela fórmula infantil ou amamentação complementada está associada a altos índices de desmame precoce. (BAI et al., 2016).

Na função de *regulação social*, foram elencados as práticas impositivas para amamentar e os comportamentos esperados das mulheres. Neste estudo, as práticas impositivas foram relacionadas ao desestímulo para amamentar, podendo estar, consequentemente, associadas ao insucesso na amamentação. Foram referidas pela família F2 práticas impositivas para amamentar, por parte do pai e dos profissionais da US.

Corroborando com os dados desta pesquisa, estudo realizado com puérperas adolescentes identificou que os profissionais de saúde que assistem a nutriz muitas vezes têm postura impositiva. (MAZZA et al., 2015). A rede de apoio pode influenciar a amamentação de maneira negativa quando há desinteresse, falta de estímulo e práticas impositivas. (MAZZA et al., 2015; PONCE DE LEON et al., 2009).

Por meio da análise dos relatos das famílias deste estudo, foram levantadas algumas *lacunas da rede social*, evidenciando que nem toda rede social funciona como uma rede de apoio ou de suporte social. (MARQUES; COTTA; MAGALHÃES, 2010). As lacunas da rede social citadas pelas famílias foram relacionadas à falta de

apoio, aos relacionamentos conflituosos e à rede restrita. A falta de apoio da rede foi evidenciada tanto nas relações familiares quanto nos serviços de saúde. Em relação às lacunas na rede de apoio, alguns participantes da pesquisa expressaram a falta de ajuda nos cuidados com a criança, nos afazeres domésticos, no auxílio e opinião com a amamentação. Existem famílias que moram longe do restante da família, ou, mesmo estando próximas, não têm tempo para convivência em decorrência de trabalho e outros afazeres.

Algumas puérperas entrevistadas referiram ausência de orientações sobre amamentação durante o pré-natal na US, falta de avaliação e orientação da mamada na maternidade e carência de auxílio nos afazeres domésticos e cuidado aos filhos. Também houve referência do pai (P9) sobre não ter sido orientado da necessidade de conversar com sua esposa sobre amamentação.

Em nosso estudo, a falta de participação e de ajuda da família durante o período puerperal e no processo de amamentação foi relacionada a maiores chances de suspender a amamentação. Sabe-se que a decisão, efetivação e manutenção da amamentação são resultado da composição de diversos condicionantes, como a vontade de amamentar, os aspectos biológicos, a condição do mamilo, a técnica de pega, o vínculo mãe e bebê, o apoio social no local de trabalho e creches (NAKANO et al., 2007), a condição da criança e o estímulo precoce ao aleitamento materno (OMS, 2001, BRASIL, 2000), a influência da família da mulher e o contexto social (DARWENT; MCLNNES; SWANSON, 2016).

Estudo reporta que a falta de conhecimento sobre amamentação e as atitudes e crenças negativas da rede social (SUSIN; GIUGLIANI; KUMMER, 2005), podem levar a mulher ao questionamento de suas habilidades de amamentar. Exemplificado pela falta de apoio emocional e prático, incluindo os conselhos negativos sobre amamentação. (LAVENDER; MCFADDEN; BAKER, 2006; MORAN et al., 2007).

Metátese identificou que mães que amamentam têm maior suporte social de sua rede que mães que ofertam fórmulas lácteas para seus filhos. (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013). Os pais que receberam orientações durante o pré-natal sobre aleitamento materno tiveram considerável diferença nos índices de amamentação de seus filhos, quando comparados àqueles pais que não receberam. (SCOTT et al., 2001). A prática de orientar o parceiro contribui para prevenir e enfrentar as dificuldades na amamentação. (PISACANE et al., 2005).

A ausência de orientações adequadas nas US e nas maternidades ainda é uma realidade presenciada por algumas famílias. Estudo demonstrou que a educação durante o pré-natal foi um fator de proteção para o AM. (HENDERSON; REDSHAW, 2011; BARNES et al., 2013).

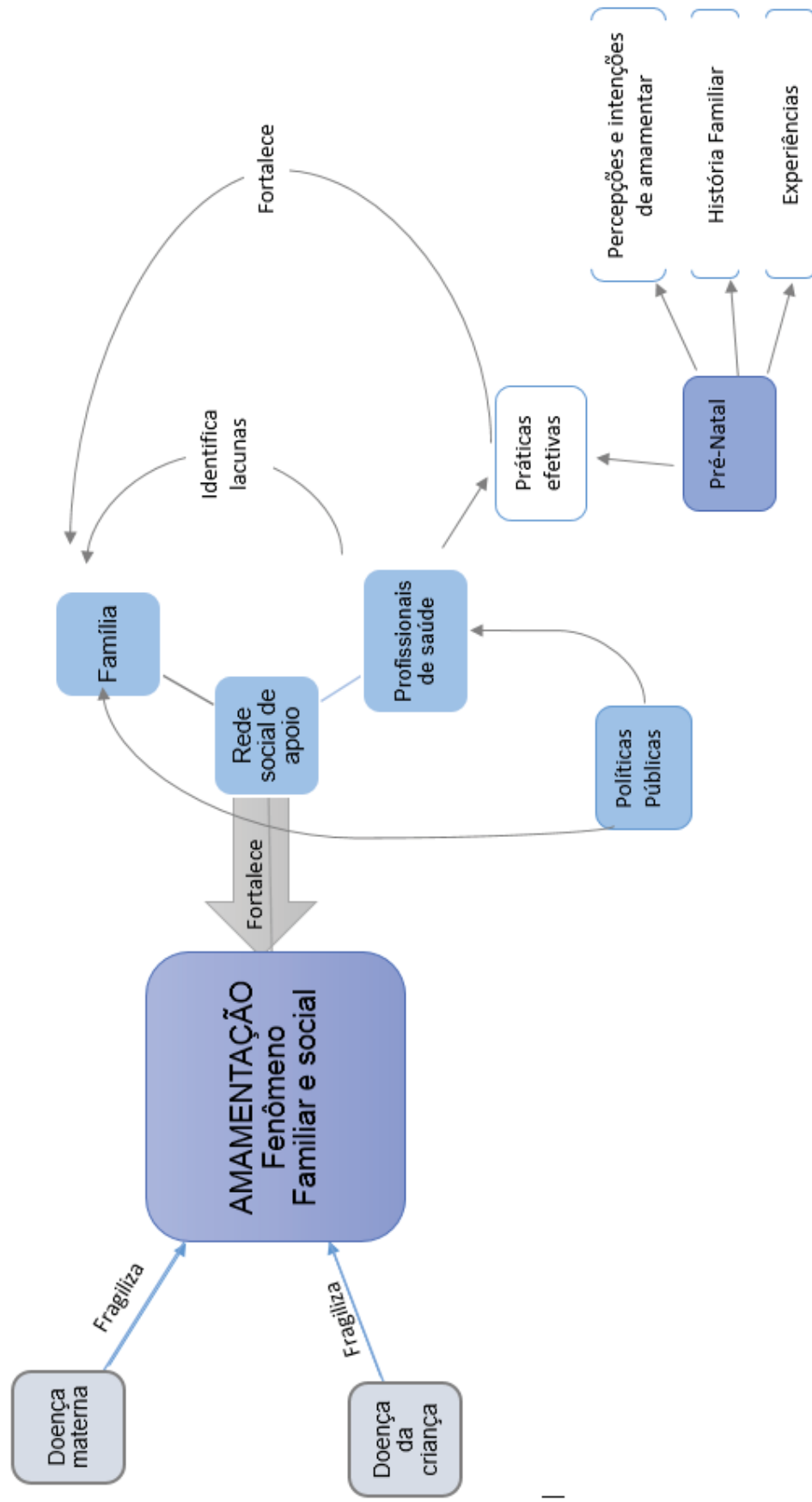
A depender do relacionamento interno, a rede social pode ser percebida tanto como rede de apoio quanto como geradora de conflitos. (MARQUES; COTTA; MAGALHÃES, 2010). Neste estudo, há realidades de relacionamentos conflituosos dentro da rede de apoio e, também, de membros que influenciaram negativamente a amamentação por meio de conselhos desanimadores, mitos e crenças relacionados ao aleitamento. Quando a família demonstra-se crítica com a decisão da mulher de amamentar, isso frequentemente afeta a habilidade da mulher de buscar suporte da família e afeta como ela se sente em relação a eles. (DARWENT; MCLNNES; SWANSON, 2016). Na família F13, identifica-se um afastamento da família estendida devido a conselhos negativos transmitidos por eles.

Os relacionamentos conflituosos após o nascimento do filho podem acontecer devido às mudanças ocorridas na rotina do casal e a eventuais sentimentos de competitividade e ciúme com o filho. A chegada do filho pode reforçar ou enfraquecer o relacionamento entre os cônjuges. (MARQUES; COTTA; BOTELHO, 2010). Percebe-se esse conflito por meio do relato da Mãe 2, que referiu não ter bom relacionamento com o cônjuge, ao relatar que não aproveitou o casamento, pois engravidou sem planejar. Foram expressas práticas impositivas por parte do marido e o afastamento emocional do casal.

Destaca-se que neste estudo não foi evidenciada nas falas dos participantes uma das funções da rede social descritas por Sluzki (1997), de acesso a novos contatos. Esta ausência foi considerada uma lacuna da rede social em promover novos contatos que possam atuar no apoio e incentivo à amamentação. Apesar de existirem grupos e serviços locais que desempenhem estas atividades, isso não foi verbalizado pelos participantes.

A identificação precoce de lacunas no apoio familiar pode permitir o desenvolvimento de outros vínculos na rede social a fim de compensar e permitir que a mulher possa encontrar referência e suporte para amamentação. (DARWENT; MCLNNES; SWANSON, 2016). Percebe-se a necessidade da ampliação da dimensão positiva da amamentação, a fim de que as famílias recebam o apoio de que necessitam durante este processo (FIGURA 12).

FIGURA 12: FORTALECENDO AS DIMENSÕES POSITIVAS DA AMAMENTAÇÃO



FONTE: O autor (2017)

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstra que amamentar é um fenômeno familiar e social, portanto, é relevante que exista um fortalecimento de práticas promotoras que permitam a efetivação e manutenção da amamentação. É preciso que haja políticas públicas implementadas nos serviços de saúde que sejam efetivas e que fortaleçam a rede social de apoio das nutrizes, pois não é possível deixar a amamentação como responsabilidade exclusiva desta família.

A partir do momento em que se compreende o apoio familiar como essencial, é primordial que esta família seja fortalecida, pois não se pode esperar que a família esteja pronta para amamentar naturalmente. Assim como ser mãe não é algo inato, a família não é promotora da amamentação por natureza, a amamentação precisa ser construída socialmente.

Considerando a relevância da rede social no processo de amamentação, é fundamental que o enfermeiro reconheça a rede de apoio e identifique as lacunas do contexto das gestantes e nutrizes. Neste estudo, foram identificados os seguintes elementos fragilizadores da amamentação: não ter vontade de amamentar; a presença de dor, fissura ou complicações da mama; ansiedade ou doença materna; internação da criança relacionada à prematuridade, baixo peso ou doença; dificuldade na pega e posicionamento no seio; não ter amamentado os outros filhos; ausência de história de amamentação na família; práticas impositivas para amamentar; e a falta de apoio da rede. A identificação precoce dos elementos fragilizadores, pelos profissionais que prestam cuidado a famílias, pode permitir a elaboração de estratégias para ampliação da rede, a fim de compensar lacunas e permitir a aproximação da família com referências e suportes para amamentação.

Somente a vontade de amamentar ou as percepções positivas da amamentação não foram suficientes para que as participantes deste estudo amamentassem, evidenciando a necessidade de apoio da rede para que haja amamentação efetiva. O apoio da rede também se mostrou efetivo com mães que apresentaram dor e fissuras ao amamentar, pois, mesmo com estas dificuldades, conseguiram amamentar com auxílio, demonstrando que estes problemas por si sós não constituem um impedimento para amamentar.

O estudo identificou que, mesmo a nutriz com experiência anterior positiva, história familiar de amamentação e apoio da família, pode não obter sucesso na

amamentação se houver condições da criança ou maternas que fragilizem o processo. Na presença de elementos fragilizadores é necessário que a nutriz receba, além do apoio familiar, o apoio de profissionais e de serviços de saúde com políticas institucionais efetivas fortalecedoras da amamentação, a fim de poder obter sucesso na amamentação.

No que se refere ao trabalho materno, a preferência das nutrizes pelo trabalho informal ao formal encontrada neste estudo, traz o questionamento sobre a efetividade das legislações para trabalhadora que amamenta. Diversas políticas existem para promover o AM, porém parece haver uma lacuna entre as políticas de estímulo e sua operacionalização. É preciso preencher esse espaço com práticas efetivas, positivas e fortalecedoras da amamentação.

O acesso a novos contatos da rede, função da rede social para promover a rede positiva, deve ser promovido pelos profissionais de saúde em conjunto com as instituições que prestam assistência à mãe e ao bebê. Diversos equipamentos sociais estão disponíveis para o fortalecimento da amamentação: grupos de apoio na Internet, organizações que promovem e protegem o AM, grupos de parto humanizado, Bancos de Leite Humano, consultores de amamentação e serviços municipais de apoio ao AM. Apesar de estes serviços estarem disponíveis, não se obteve citação sobre estes equipamentos nos discursos dos entrevistados. Ressalta-se a necessidade de divulgação e incentivo à procura dos equipamentos disponíveis, a fim de ampliar a dimensão positiva da amamentação, por meio do fornecimento de orientações adequadas e do fortalecimento familiar.

Os elementos fortalecedores da amamentação encontrados nesta pesquisa foram: vontade de amamentar; mães que gostam de amamentar; amamentação na primeira hora de vida; história de amamentação na família; ter amamentado outros filhos; apoio familiar; suporte profissional; instituições que estimulam a amamentação, apesar de contextos desfavoráveis (ex.: internação hospitalar); ter grande produção de leite materno; e disponibilidade para amamentar.

É necessário articular serviços de saúde e família para a construção da intenção de amamentar, antes do nascimento da criança. Pois, como o período pós-parto é permeado de diversas alterações físicas e emocionais, gerando muitas vezes fragilidades para a mulher, pode ser mais difícil reverter as dificuldades da amamentação provenientes de construções culturais, históricas e sociais neste momento. É preciso ter atenção especial às mulheres e suas famílias para a

construção familiar do processo de amamentação desde o pré-natal, trazendo suas histórias de experiências exitosas.

Na realização desta pesquisa, foi benéfica a utilização do genograma para contribuir na compreensão da estrutura e contexto familiar. Tendo em vista que o uso deste instrumento com foco na história familiar da amamentação não é comum, destacamos que enfermeiros e médicos da ESF podem ser beneficiados ao utilizar o genograma com este enfoque, pois contribui para uma visão mais aprofundada da família, possibilitando intervenções direcionadas às lacunas encontradas.

A principal dificuldade encontrada no desenvolvimento do estudo foi o grande quantitativo de participantes para desenvolvimento do estudo de caso, o que prejudica o aprofundamento de todas as famílias, tendo sido necessário selecionar algumas para maior detalhamento. Ademais, reconhecem-se as limitações deste estudo, por ser realizado em uma região circunscrita, ou seja, possuidora de cultura e comportamentos próprios e portanto, não é possível afirmar que as circunstância aqui apresentada possa se repetir ou ser aplicável em outros contextos. Em que pesem os limites do estudo, abre a perspectiva para a necessidade de novos estudos desta natureza, pois há pesquisas que elencam os elementos fragilizadores da amamentação, mas ainda faltam evidências de ações eficientes para o fortalecimento da amamentação. Sugerem-se pesquisas que investiguem o potencial fortalecedor da família e proponham teorias e práticas a serem desempenhadas desde o pré-natal para promover e estimular a amamentação.

Este estudo pode servir de subsidio para a formulação de novas políticas públicas que apresentem uma visão mais ampla, por meio da inclusão da família em todo o processo de amamentação. Entende-se que a amamentação é um assunto que deve ser trabalhado antes mesmo de a mulher engravidar, pois é preciso conhecer e ressignificar aspectos sociais, culturais e da experiência da família que possam fragilizar a amamentação. A fim de que sejam realizadas ações compatíveis com as necessidades particulares de cada nutriz.



## REFERÊNCIAS

- AMANDO, A. R. et al. Percepção de mães sobre o processo de amamentação de recém-nascidos prematuros na unidade neonatal. **Revista Baiana de Enfermagem** [on-line], Salvador, v. 30, n. 4, p. 1-11, out./dez. 2016. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17134>>. Acesso em: 06 nov. 17
- ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 1999.
- ALMEIDA, I.S. et al. Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.15, n.1, p.19-25, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/17139/11282>>. Acesso em: 25 out. 2017.
- ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da Escala Social Support Appraisals. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n.32, p.355-66, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2005000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2005000300005)>. Acesso em: 01 nov. 2017.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAI, D.L. et al. Relationship between the Infant Feeding Preferences of Chinese Mothers' Immediate Social Network and Early Breastfeeding Cessation. **J Hum Lact.** [on-line], v.32, n.2, p.301-8, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0890334416630537>>. Acesso em: 12 maio 2017.
- BAÑO-PIÑERO, I. et al. Impact of support networks for breastfeeding: A multicentre study. **Women and Birth.** v. 0, n. 0, 2017. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519217302779>>. Acesso em: 04 de dez. 2017.
- BARNES, M. et al. Experiences of birth and breastfeeding following assisted conception. **Breastfeed Rev.**, [on-line], v. 21, n. 1, p. 9-15, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23600323>>. Acesso em: 12 maio 2017.
- BASCOM, E.M.; NAPOLITANO, M.A. Breastfeeding Duration and Primary Reasons for Breastfeeding Cessation among Women with Postpartum Depressive Symptoms. **J Hum Lact.**[online], v.32, n.2, p.282-91, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26644420>>. Acesso em: 06 nov. 17.
- BÍBLIA: de estudo NVI. São Paulo: Editora Vida, 2003.

BOCCOLINI, C. S. et al. Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. **Cien. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1857-1863, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/25.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2017.

BOMER-NORTON, C. Breastfeeding: A holistic Concept Analysis. **Public Health Nursing** [on-line], v.31, n.1, p.88-96, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24111643>>. Acesso em: 20 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 1981. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1460](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1460)>. Acesso em: 16 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 01 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõem sobre o estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 134, 16 jul. 1990. Seção I, p.13.563 .

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08\\_20.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_20.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 693 de 5 de julho de 2000. Aprova a norma de orientação para a implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 05 jul. 2000. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693\\_05\\_07\\_2000.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html)>. Acesso em 27 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>. Acesso em: 05 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno**. 2 ed. revisada, Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Álbum seriado. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/albam.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_mae\\_trabalhadora\\_amamenta.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf)>. Acesso em 4 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jun. 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html). Acesso em: 20 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Aleitamento Materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/legislacao/pdf/doc-750.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920 de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 5 set. 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920\\_05\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html)>. Acesso em: 27 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 371 de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 07 maio 2014a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.htm)>. Acesso em: 27 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 22 maio 2014b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html)>. Acesso em: 27 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. 2 ed., 1. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 05 ago. 2015a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.htm). Acesso em: 27 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_ca\\_b23.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_ca_b23.pdf). Acesso em: 05 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: Relatório de Recomendação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf). Acesso em: 01 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.195, 8 mar. 2016b. Seção 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm). Acesso em: 12 jul. 2016.

BRIERE, C-E. et al. Direct-breastfeeding in the neonatal intensive care unit and breastfeeding duration for premature infants. **Applied Nursing Research** [online], v.32, p.47-51, 2016. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089718971630012X>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BUDÓ, M. L. et al. Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 735-60, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000400020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400020). Acesso em 30 out. 2017.

BYNG-HALL J. The family script: a useful bridge between theory and practice. **J Fam Ther.** n.7, v.3, p. 301–5, 1985. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1985.00688.x/pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

BYNG-HALL J. **Rewriting family scripts: improvisation and systems change**. London: Guilford Press; 1995.

CAMPOS, E.P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde**. 2ª ed. Teresópolis: Unifeso; São Paulo: Pontocom, 2016.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R.N. **Amamentação bases científicas para a prática profissional**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

CETIN, I.M.D. et al. Breastfeeding during Pregnancy . **J Hum Lact.** [on-line], v.30, n.1, p. 20 – 27, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0890334413514294>>. Acesso em: 12 maio 2017.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C.C. **Rev. paul. pediatr.** [on-line] São Paulo, v. 25, n. 3, p. 276-288, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406038922014>> Acesso em: 10 out. 2017.

CHIESA, A.M.et al. Ações da equipe de saúde da família no fortalecimento dos cuidados familiares que promovem o desenvolvimento integral da criança pequena. In: PLUCIENNIK, G. A.; LAZZARI, M.C.; CHICARO, M.F. (Ed.). **Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco.** São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal - FMCSV, 2015.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: GRAAL, 1999.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Distritos Sanitários.** Curitiba, 2014. Disponível em:< <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/assistencia/atencao-basica/estrategia-de-saude-da-familia.html> >. Acesso em: 10 jul. de 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Proama: programa de aleitamento materno.** [site]. Curitiba, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/programas/saude-da-crianca/proama.html>>. Acesso em: 15 set. 2017.

CONCEICAO, S.P da; FERNANDES, R.A.Q. Influence of unintended pregnancy on breastfeeding duration. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 600-605, 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000400600&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400600&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 out. 2017.

DARWENT, K.L.; McINNES, R.J.; SWANSON, V. The Infant Feeding Genogram: a tool for exploring family infant feeding history and identifying support needs. **BMC Pregnancy and Childbirth** [on-line], v.16, p.315, 2016. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1107-5>>. Acesso em: 12 maio 2017.

DESSEN, M.A. Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, n.30, p.202-219, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000500010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000500010). Acesso em: 02 out. 2016.

DESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, dez. 2000 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722000000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 out. 2017.

DESSEN, M.A. Estudando a Família em Desenvolvimento: Desafios Conceituais e Teóricos. **Psicologia: ciência e profissão** [on-line], v.20, p. 202-219, 2010.



Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30nspe/v30speca10.pdf>>. Acesso em 4 out. 2017.

DEWEY, K.G. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. **J Nutr.**[on-line], v.131, n.11, p.3012S-3015S, 2001. Disponível em:<<http://jn.nutrition.org/content/131/11/3012S.long>>. Acesso em: 25 out. 2017.

EDWARDS, M.E.; JEPSON, R.G.; MCINNES, R.J. Breastfeeding initiation: An in-depth qualitative analysis of the perspectives of women and midwives using Social Cognitive Theory. **Midwifery.** v. 57, p. 8-17, 2018. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613817300670>>. Acesso em: 04 de dez. 2017.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2 ed. Maringá: Eduem, 2004.

ELSEN, I. et al. A imagem da enfermagem com famílias: um encontro com a realidade brasileira. In: \_\_\_\_\_. **Enfermagem com Famílias:** modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros. Florianópolis: Editora Papa Livro, 2016.

ESTEVES, T.M.B. et al. Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.11, p. 2390-2400, nov. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015001102390&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102390&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 out. 2017.

EVANGELISTA, C. B.; BARBIERI, M.; DA SILVA, P.L.N. Unplanned pregnancy and the factors associated with the participation in the family planning program. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2464-2474, 2015. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3633>>. Acesso em: 30 out. 2017.

FALEIROS, F.T.V.; TREZZA, E.M.C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev Nutr.**, Campinas, v.19, n.5, p.623-630, 2006.

FALLON, V. et al. Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes: A Systematic Review. **Journal of Human Lactation**, [on-line], v.32, n.4, p. 740–758, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0890334416662241>>. Acesso em: 12 maio 2017.

FIGUEREDO, S.F.; MATTAR, M.J.G.; ABRAO, A.C.F.de V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 459-463, 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000300022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 out. 2017.

FLICK, U. **An introduction to qualitative research**. 4.ed. Londres: Sage, 2009.

FONTANELLA, B.J.B.; RICA, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, v. 1, p.17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2017.

FONSECA, M.O. et al. Aleitamento materno: conhecimento de mães admitidas no alojamento conjunto de um hospital universitário. **Cienc Cuid Saude**., [on-line], v.10, n.1, p.141-149, 2011.

FONSECA, P.C. de A. et al. Determinantes da velocidade média de crescimento de crianças até seis meses de vida: um estudo de coorte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2713-2726, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002802713&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802713&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 out. 2017.

FREYRE, G. **Casa Grande e Senzala**: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 19. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1978.

FU, I. Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. **BJOG** [on-line], v. 12, n.13, p.1673–1684, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary-wiley.ez22.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/1471-0528.12884/epdf>>. Acesso em 11 nov. 2017.

FUJIMORI, E. et al. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 315-327, jun./ 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 set. 2017.

FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL. **Marco Legal da Primeira Infância**. 2016. Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/Paginas/marco-legal.aspx>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

GIUGLIANI, E.R.J. Aleitamento materno: aspectos gerais. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed.. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 235-254.

GIULIANI, N.de R. et al. O início do desmame precoce: motivos das mães assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis/SC para esta prática. **Pesq Bras Odonto ped Clin Integr**, João Pessoa, n.12, v.1, p.53-58, 2012. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1040/776>>. Acesso em: 06 jul. 2014.

GOLDENBERG, P. **Repensando a desnutrição como questão social**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

GOMES, I. M. et al. O apoio da rede social no cuidado domiciliar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, 2016 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000300207&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300207&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 out. 2017.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S. Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário. Seminário Internacional fazendo gênero: Corpo, Violência e Poder, 8., 2008, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis: UFSC, 2008, 7p. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST34/Gutierrez-Minayo\\_34.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST34/Gutierrez-Minayo_34.pdf)>. Acesso em 07 maio 2017.

HALPERN, R., COELHO, R. Choro excessivo do lactente. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.92, n.3, p. S40-S45. 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=399749860007>>. Acesso em: 16 set. 2017.

HENDERSON, J.; REDSHAW, M. Midwifery factors associated with successful breastfeeding. **Child Care Health Dev** [on-line], v. 37, n. 5, p. 744-753, 2011. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21143266>>. Acesso em: 12 maio 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010** – Resultados Gerais da Amostra. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2010/tabelas\\_pdf/tabela7\\_1.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2010/tabelas_pdf/tabela7_1.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN). **Brazilian Breast-feeding Promotion Programme**. Brasília: Gráfica & Editora Independência, 1991.

\_\_\_\_\_. **Relatório do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

ISSLER, H. et al. **O aleitamento materno no contexto atual**: políticas, prática e bases científicas. São Paulo: SARVIER, 2008.

IBFAN BRASIL. **SMAN 2017: Folder e Logotipo para download**. [site]. 2017. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/site/eventos/smam/smam-2017-folder-e-logotipo-para-download.html>>. Acesso em: 06 nov. 17.

KREPPNER, K. Social relations and affective development in the first two years in family contexts. In: VALSINER, J.; CONNOLLY, K. J. (Ed.), **Hand book of developmental psychology**. Londres: Sage, 2003. pp. 194-214.

KREPPNER, K. The child and the family: Interdependence in developmental pathways. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, n.1, v. 16, p.11-22, 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722000000100003>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

LABARERE, J. et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. **Pediatrics** [on-line], v.115, n.2 p. e139-46, 2005. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/115/2/e139>>. Acesso em: 16 jul. 2017.



LACERDA, A. et al. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas saúde-doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 446-457.

LIMA, I. M. S. O.; LEÃO, T. M.; ALCÂNTARA, M. A. R. Proteção legal à amamentação, na perspectiva da responsabilidade da família e do estado no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 66-90, fev.2014.

LIMA, V.F.de. **Uso de informações por famílias de prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: contribuições da internet**. 2016. 147f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016. Disponível em: <<http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/45914/R%20-%20D%20-%20VANESSA%20FERREIRA%20DE%20LIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 12 maio 2017.

LAVENDER, T.; MCFADDEN, C.; BAKER, L. Breastfeeding and family life. **Matern Child Nutr.** [on-line], n.2, v.3, p.145-55, 2006. Disponível: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16881927>>. Acesso em: 22 out. 2017.

LOU, Z. et al. Maternal Reported Indicators and Causes of Insufficient Milk Supply **Journal of Human Lactation** [on-line], v.30, n.4, p.466– 473, 2014.Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0890334414542685>>. Acesso em: 12 maio 2017.

MARQUES, E.S.; COTTA, R.M.M.; MAGALHÃES, K.A. et al. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1391-1400, 2010a. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700049&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700049&lng=en)>. Acesso em: 02 maio 2016

MARQUES, E.S.; COTTA, R.M.M.; BOTELHO, M.I.V. et al. Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.261-281, 2010b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100014>>. Acesso em: 23 fev. 17.

MARQUES, E.S.; COTTA, R.M.M; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 5, p. 2461-2468, 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 maio 2017.

MAURI, P.; ZOBBI, V.; ZANNINI, L. Exploring the mother's perception of latching difficulty in the first days after birth: An interview study in an Italian hospital. **Midwifery** [on-line], v. 28, n. 6, p. 816-823, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22079624>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

MAZZA, V. de A. et al. Social representations of nursing teens on breastfeeding. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2405-2414, Abr./ 2015. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3994>>. Acesso em: 18 set. 2017.

MCCLELLAN, H.L. Nipple Pain during Breastfeeding with or without Visible Trauma. **J Hum Lact** [online], v.28, n.4, p.511–521, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22689707>>. Acesso em: 06 nov. 17.

MONTE, G. C. S.B.; LEAL, L. P.; PONTES, C.M. Rede social de apoio à mulher na amamentação. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 1, 2013. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31321>. Acesso em: 14 jul. 2016.

MORAN, V.H. et al. A systematic review of the nature of support for breast-feeding adolescent mothers. **Midwifery** [on-line], v.23, n.2, p. 157-171, 2007. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613806000726>>. Acesso em 01 nov. 2017.

MÜLLER, F.S., SILVA, I.A. Representações sociais de um grupo de mulheres/nutrizes sobre o apoio à amamentação. **Rev. Latino-Am. Enferm** [on-line], v.17, n.5, p. 651-657, 2009. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000500009>>. Acesso em: 24 jul. 2016.

MULLER, M. **The Baby Killer**. London: War on want, 1974.

NAKANO, A. M. S. **O Aleitamento Materno no Cotidiano Feminino**. 1996. 162f. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

NAKANO, A.M.S. et al. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.2, p. 230-238, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200007)>. Acesso em: 30 maio 2016.

NUNES, J.M.; OLIVEIRA, E.N.; VIEIRA N.F.C. Concepções de puérperas adolescentes sobre o processo de amamentar. **Rev. Rene**. [on-line], v.10, n.2, não. p., 2009 Disponível: <[http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10\\_2\\_9.html](http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10_2_9.html)>. Acesso em: 26 set. 2017.

OLIVEIRA, M. et al. Análise de Conteúdo Temática: há uma diferença na utilização e nas vantagens oferecidas pelos softwares MAXQDA® e NVivo®?. **Revista de Administração da UFSM**, Santa Maria, n.9, v.1, p.72-82, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Evidências científicas dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Brasília: **OMS**, 2001.

ORLANDI, O. V. **Teoria e Prática do Amor à Criança**: introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1985.

PEREIRA E MOURA, L. et al. Percepção de mães cadastradas em uma estratégia saúde da família sobre aleitamento materno exclusivo. **Rev enferm UFPE on line.**, n.11, supl. 3, p.1403-9, mar./2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13983/16836>> . Acesso em: 12 out. 2017.

PISACANE, A. et al. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. **Pediatrics**. [on-line], v.116, n.4, p. e494–8, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16199676>>. Acesso em: 12 maio 2017.

POLI, L.M.C. **O processo de aleitamento na perspectiva do cuidado cultural de enfermagem**. 2000. 204 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Nursing research: Principles and methods**. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

PONCE DE LEON, C.G.R.M. et al. Vivência da Amamentação por Mães Adolescentes. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v.14, n.3, p. 540-6, 2009. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16187>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

PRIMO, C. C. et al. Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 2, jun./2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37453/25554>>. Acesso em: 18 set. 2017.

PRIMO, C.C. **Teoria de médio alcance de amamentação: Tecnologia de cuidado**. 2015. 171f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2015.

QUEIROZ, E.de C. Marco legal pela primeira infância: uma grande oportunidade. In: BRASIL. Câmara dos deputados. Centro de Estudos e Debates Estratégicos. **Avanços do marco legal da primeira infância**. Brasília: SEGRAF, 2016. p. 82-85.

REGO, J. D. **Aleitamento Materno**. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2009.

RESENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

ROCCI, E.; FERNANDES, R.A.Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.67, n.1, p.22-27, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 nov. 17.

ROCHA, C. M. F. As redes em saúde: entre limites e possibilidades. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Fórum nacional de redes em saúde**. Belo Horizonte: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. p. 37-58.

RODRIGUES, D. P. et al. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 277-286, 2006. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200012)>. Acesso em: 27 de out. 2017.

RODRIGUES, A.P. et al. Factors those influence in self-efficacy of breastfeeding: integrative review. **Journal of Nursing UFPE**. [on-line], v. 7, n. 5, p. 4144-52, 2013. Disponível em:

<[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4031/pdf\\_2700](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4031/pdf_2700)>. Acesso em: 20 dez. 2012.

RODRIGUES, A.P. et al. Pré-natal and puerperium factors that interfere on self-efficacy in breastfeeding. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 257-261, jun. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000200257&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200257&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 out. 2017.

ROLLINS, N.C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. **The Lancet**. [on-line], v. 387, n.10017, p. 491-504, 2016. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01044-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01044-2/fulltext)>. Acesso em: 18 de jun. 2016.

ROWE, H.; BAKER, T.; HALE, T.W. Maternal Medication, Drug Use, and Breastfeeding. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, Maryland, v.24, n.1, p.1-20, 2015. Disponível em:

<[http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(14\)00094-7/fulltext](http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(14)00094-7/fulltext)>. Acesso em: 12 jan. 2017.

SAMPAIO, P. F. et al. Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1349-1361, 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000700010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700010)>. Acesso em: 07 jul. 2015.

SANTOS, L.C.; FERRARI, A.P.; TONETE, V.L.P. Contribuições da Enfermagem para o Sucesso do Aleitamento Materno na Adolescência: revisão integrativa da literatura. **Cienc Cuid Saude**. [on-line], v.8, n.4, p.691-698, 2009.

SCOTT, J.A et al. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. **J Pediatr Child Health**. [on-line], v.37, n.3, p.254–61, 2001.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11468040>>. Acesso em: 3 de out. 2017.

SCHINCAGLIA, R.M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.3, p.465-474, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000300465&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300465&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 nov.17.

SILVA, I. A. O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. **Fam. saúde desenv.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 7-14, 2001. Disponível em: <revistas.ufpr.br/refased/article/download/4951/3767>. Acesso em: 27 de out. 2017.

SILVA, A.A.M. da. **Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre o aleitamento na sociedade brasileira**. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SLUZKI, C. E. Personal social networks and health: conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. **Families, Systems & Health** [on-line], v. 28, n. 1, p. 1-18. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20438199>>. Acesso em: 5 out. 2017.

SOUSA, A. M. de; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E.L.C.P. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 34, n. 2, p. 127-134, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892013000800008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000800008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 maio 2016.

SPEHAR, M.C.; SEIDL, E.M.F. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 647-656, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722013000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 Out. 2017.

STUEBE, A. M. et al. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. **JAMA**, [on-line], v. 294, n. 20, p. 2601-2610, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16304074>>. Acesso em: 17 set. 2017.

SUSIN, L.R.; GIUGLIANI, E.R.; KUMMER, S.C. Influence of grandmothers on breastfeeding practices. **Rev Saúde Publica** [on-line], n. 39, v.2, p. 141-7, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15895130>>. Acesso 1 set. 2017.

TELES, J.M. Amamentação no período de transição neonatal em Hospital Amigo da Criança. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2015 jan./mar.;17(1):94-9. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.26208>>. Acesso em: 06 nov. 17.

THOMSON R, et al. **Making modern mothers**, Bristol: Policy Press, 2011.  
TONG, A.; SAINSBURY, P., CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, [on-line], n.19, v.6, p.349-57, 2007. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>. Acesso em: 13 out. 2016.



VERÍSSIMO, M.D.L.O.R.; CHIESA, A.M. A promoção do desenvolvimento infantil: instrumento para o acompanhamento dos cuidados familiares. In: FUJIMORI, E.; OHARA, C.V. da S. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Baueri/SP: Manole, 2009.

VICTORA, C.G. et al. Breastfeeding in the 21<sup>st</sup> century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**. [on-line], v.387, n.10017, p.475-490, 2016. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/abstract)>. Acesso em: 16 jun. 2016.

VAN ODIJK, J. et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature: 1966-2001: on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. **Allergy**, [on-line], v. 58, n. 9, p. 833- 843, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12911410>>. Acesso em: 17 set. 2017.

WAMBACH, K. et al. Exclusive Breastfeeding Experiences among Mexican American Women. **J Hum Lact**. [online], v.32, n.1, p.103-111. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26289059>>. Acesso em: 25 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/1/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/1/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2017.

WRIGHT, M. L.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: Um guia para a avaliação e intervenção na família**. 4.ed. São Paulo: Roca, 2008.

YÁNEZ, J.L. Os Desafios do Marco Legal para a Primeira Infância. In: BRASIL. Câmara dos deputados. Centro de Estudos e Debates Estratégicos. **Avanços do marco legal da primeira infância**. Brasília: SEGRAF, 2016. p. 86-88.

XIMENES, L.B. et al. Práticas alimentares e sua relação com as intercorrências clínicas de crianças de zero a seis meses. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.377-385, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000200023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 nov.17.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

## APÊNDICE 1 - INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS: MÃE

#### DADOS DA MÃE

1. Identificação:
2. Qual sua idade?
3. Estado civil?
4. Escolaridade?
5. Gestações Partos Cesáreas Abortos Filhos Vivos
6. Reside com o companheiro? É o pai da criança?
7. Alguém da família acompanhou o pré-natal? Quem?
8. Você teve alguma complicação nesta gestação e/ou parto?
9. Você trabalha fora de casa?
  - 9.1 Qual é o seu trabalho?
  - 9.2 Você tem carteira de trabalho assinada?
  - 9.3 Quantas horas você fica longe de casa para trabalhar?
  - 9.4 Quanto tempo após o nascimento de seu filho você voltou a trabalhar?
10. Qual a renda média da sua família?

#### DADOS DA CRIANÇA

11. Identificação:
12. Data de nascimento:
13. Com quantas semanas o (a) \_\_\_\_\_ nasceu?
14. O (a) \_\_\_\_\_ teve alguma complicação após o nascimento?
15. Qual foi o local do Nascimento?
16. Tempo de Aleitamento Materno:
17. Tempo de Aleitamento Materno Exclusivo:

#### 18. GENOGRAMA

- a. Estrutura familiar (Mãe, Pai, filhos, avós materno e paterno e outros que tenham influenciado na AM)
- b. Parentesco
- c. Sexo

- d. Nome
- e. Idade
- f. Estado civil
- g. Quem mora na mesma residência
- h. (Multíparas) Você amamentou seus outros filhos?
- i. Quem na sua família amamentou?
- j. Qual o nome delas? Quantos filhos tiveram?
- k. Quantos filhos amamentou?
- l. Por quanto tempo amamentaram?
- m. Com quem você se dá bem?
- n. Com quem você não se dá muito bem?
- o. Com quem tanto faz?
- p. Você tem relacionamento mais próximo com \_\_\_\_\_ ou com \_\_\_\_\_?
- q. Alguma dessas pessoas sugeriu/opinou algo sobre a sua amamentação?

#### ENTREVISTA

- 19. O (a) \_\_\_\_\_ ainda está mamando no peito?
  - 19.1 Se não, quando parou a amamentação?
- 20. Por quanto tempo o (a) \_\_\_\_\_ mamou só no peito?
- 21. (Multíparas) Como o fato de você ter amamentado está motivando você (influenciando) agora?
- 22. Antes do nascimento do \_\_\_\_\_ como você imaginava a amamentação do seu filho? (expectativa)
- 23. Desde a gestação até hoje, com quem você mais conversa sobre os cuidados com o seu filho/amamentação?
- 24. Como tem sido a alimentação do (a) \_\_\_\_\_ desde quando ele (a) nasceu até hoje? (amamentação)
- 25. Como foi/esta sendo para você amamentar o (a) \_\_\_\_\_?
- 26. Como sua família participou da amamentação do seu filho?
- 27. O que ou quem encorajou (estimulou/incentivou) você para amamentar seu filho?
- 28. O que ou quem desanimou (desencorajou/atrapalhou/desestimulou) você para amamentar seu filho?
- 29. Como você fez para dar conta de todas as suas atividades enquanto/no período em que amamentava? (Quais atividades?)



30. a.) O que aconteceu para que seu filho parasse de mamar? OU b.) O que você acha que fez você continuar amamentando até hoje?
31. Como foram as orientações dos profissionais de saúde para amamentação? (Quem?)

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS: MULHERES DA FAMÍLIA

1. Identificação:
2. Parentesco criança:
3. Idade:            Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
4. Você tem alguma experiência com amamentação? ( ) Sim ( ) Não
5. Grau de instrução:

### ENTREVISTA

6. Você amamentou seus filhos? Por quanto tempo?
7. Como foi para você amamentar?
8. Existem diferenças das orientações de quando você amamentou para hoje em dia? Quais?
9. a.) Qual foi sua participação na amamentação do (a) \_\_\_\_\_ ?  
b.) O que você fez para ajudar a \_\_\_\_\_ durante a amamentação?  
c.) Você e a \_\_\_\_\_ conversaram/conversam sobre a amamentação e sobre como deve ser feita? (encorajou? Desanimou?)
10. O que ou quem ajudou na amamentação da \_\_\_\_\_ ?
11. O que ou quem atrapalhou na amamentação da \_\_\_\_\_ ?

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS: FAMÍLIA

1. Identificação:
2. Parentesco criança:
3. Idade:            Sexo: (   ) Feminino (   ) Masculino
4. Você tem alguma experiência com amamentação? (   ) Sim (   ) Não
5. Grau de instrução:

#### ENTREVISTA PAI

6.     a.) Como foi a amamentação (no peito) dos seus filhos?  
       b.) Como foi a amamentação do(a)\_\_\_\_\_?
7.     a.) Qual foi sua participação na amamentação da sua esposa?  
       b.) O que você fez para ajudar sua esposa a amamentar?  
       c.) Você e sua esposa conversaram/conversam sobre a amamentação e sobre como deve ser feita? (encorajou? Desanimou?)
8. O que ou quem ajudou sua esposa a amamentar?
9. O que ou quem atrapalhou sua esposa na amamentação?

#### ENTREVISTA DEMAIS MEMBROS DA FAMÍLIA

6.     a.) Qual foi sua participação na amamentação do (a) \_\_\_\_\_ ?  
       b.) O que você fez para ajudar a \_\_\_\_\_ durante a amamentação?  
       c.) Você e a \_\_\_\_\_ conversaram/conversam sobre a amamentação e sobre como deve ser feita? (encorajou? Desanimou?)
7. O que ou quem ajudou na amamentação da \_\_\_\_\_ ?
8. O que ou quem atrapalhou na amamentação da \_\_\_\_\_ ?

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Enfermeiras mestrandas Leandra da Silva Faria dos Santos e Lívia Perissé Baroni Wagner e professoras Dra. Verônica de Azevedo Mazza e Dra. Silvana Kissula Souza, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o Sr. (a) a participar de um estudo intitulado "O cuidado familiar à criança no primeiro ano de vida". Sabe-se que os primeiros anos da vida de uma criança são essenciais para o seu desenvolvimento e que os acontecimentos nessa fase irão repercutir durante o restante de sua vida, diante disso destaca-se a importância da família neste contexto e do estudo descrito a seguir.

- a) Os objetivos desta pesquisa são: descrever o cuidado da família à criança no primeiro ano de vida; descrever o papel e a visão da família sobre o aleitamento materno; compreender o papel do pai e identificar os aspectos que ajudam e complicam a participação do pai no cuidado ao filho.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista realizada pelas pesquisadoras. Esta entrevista será gravada e transcrita. Tais dados serão usados para os propósitos específicos que esta pesquisa propõe.
- c) Para tanto, será agendado um horário na Unidade de Saúde ou em seu domicílio para a realização da entrevista, o que levará aproximadamente uma hora.
- d) É possível que o Sr(a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao constrangimento ao responder a entrevista.
- e) Um risco que pode estar relacionado ao estudo é: constrangimento ao responder o questionário.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: conhecimentos científicos em relação ao cuidado familiar à criança no primeiro ano de vida. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- g) As pesquisadoras responsáveis por este estudo poderão ser localizadas na Avenida Prof. Lothário Meissner, 632 – Bloco didático II – 3º andar- sala do GEFASED - Jardim Botânico, Curitiba-PR – segunda à sexta-feira das 8h às 16h - para esclarecer eventuais dúvidas que o Sr.(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
 em Ciências da Saúde da UFPR.  
 Parecer CEP/SD-PB nº 189749  
 na data de 28/01/2017

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_  
 Pesquisador \_\_\_\_\_  
 Orientador \_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
 Rua Pe. Camargo, 285 – Térreo – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br



Profª Drª Verônica de Azevedo Mazza – (41)99619-9723/ [mazzas@ufpr.br](mailto:mazzas@ufpr.br)

Profª Drª Silvana Regina R. K. Souza – (41)99924-4747/ [skissula@ufpr.br](mailto:skissula@ufpr.br)

Enfª Msda Livia P. Baroni Wagner – (41) 991077973 / [liviaperisse@ufpr.br](mailto:liviaperisse@ufpr.br)

Enfª Msda Leandra da S. F. dos Santos - (41) 99607-0031/  
[leandramestrado2016@gmail.com](mailto:leandramestrado2016@gmail.com)

- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se o Sr.(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisadores). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.
- j) O material obtido – entrevistas gravadas e transcritas - será utilizado unicamente para essa pesquisa. As gravações e entrevistas transcritas serão armazenadas em ficha específica, na sala do grupo de pesquisa GEFASED (Grupo de Estudos da Família Saúde e Desenvolvimento), localizado na sede Botânico da Universidade Federal do Paraná durante o período de 5 anos. Após este prazo, as entrevistas serão desgravadas e as transcrições serão deletadas.
- k) Não haverá despesas para a realização da pesquisa.
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone (41) 3360-7259.

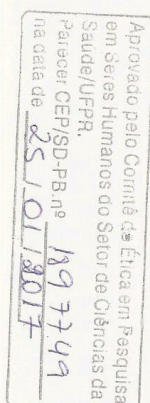
Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.  
Curitiba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Participante de pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Rua Pe. Camargo, 285 – Térreo – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)



### APÊNDICE 3 – QUADRO SÍNTESE DAS FAMÍLIAS

(Continua)

FAMÍLIAS	PERCEPÇÃO DE AMAMENTAÇÃO	CONDIÇÃO DA CRIANÇA	CONDIÇÃO MATERNA	EXPERIÊNCIA FAMILIAR	REDE SOCIAL DE APOIO
<b>FAMÍLIA 1</b> <b>MÃE 1</b>	<p><b>Expectativa:</b> Vontade e iniciativa própria de amamentar.</p> <p><b>Visão:</b> Necessária para a saúde da criança, acalma o bebê. Mitos e crenças: Falavam que AM muda o seio.</p>	<p><b>Práticas alimentares:</b> Oferta de fórmula láctea complementar ao seio materno. Introdução alimentar precoce: quatro meses.</p>	<p><b>Biológicas:</b> Sangramento parto, realizou curetagem.</p> <p><b>Organização:</b> 'ainda não estou trabalhando... quero tirar ela antes do seio porque quero voltar a trabalhar.'</p>	<p><b>Fortalecedora:</b> Antecedente familiar: duas irmãs e mãe amamentaram. Experiência anterior positiva: amamentou outro filho por dois anos.</p>	<p><b>Apoio emocional:</b> Bom relacionamento com a mãe.</p> <p><b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Conversa com a mãe, orientação dos profissionais no pré-natal.</p> <p><b>Ajuda Material e de serviços:</b> sempre teve ajuda do marido e a da mãe para afazeres domésticos e cuidados com o bebê.</p> <p><b>Lacunas da rede:</b> Relacionamento conflituoso com tias, rede restrita, não teve ajuda para amamentar.</p>
<b>FAMÍLIA 1</b> <b>AVÓ 1</b>	<p><b>Visão:</b> Amamentação é prazerosa, prática, necessária para a criança, saudável.</p>	<p><b>Práticas alimentares:</b> Criança teve facilidade para mamar.</p>	<p><b>Biológicas:</b> Filha sofreu no começo, teve ingurgitamento mamário, fissura no mamilo.</p>	<p><b>Fortalecedora:</b> Amamentou todos os cinco filhos.</p>	<p><b>Ajuda material e serviços:</b> Ajuda direta na amamentação, massagens na mama.</p> <p><b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Orientação dos profissionais de saúde, conversava, incentivo para AM, pesquisava na Internet.</p> <p><b>Apoio emocional:</b> Suporte das enfermeiras.</p> <p><b>Companhia social:</b> Acompanhava os partos, cuidava da filha durante o período de resguardo.</p>

### APÊNDICE 3 – QUADRO SÍNTESE DAS FAMÍLIAS

(Continuação)

<b>FAMÍLIA 3</b> <b>MÃE 3</b>	<b>Expectativa:</b> 'amamentar nem passava pela cabeça'.  <b>Visão:</b> Amamentação privativa, tinha vergonha.	<b>Biológicas:</b> Aos 3 meses internação da criança por 12 dias, infecção, anemia, baixo peso, foi encaminhado para Curitiba, para acompanhamento médico. Língua presa.  <b>Práticas alimentares:</b> Desmame precoce, introdução de fórmula láctea.	<b>Emocionais:</b> Nervosismo durante a gestação. Falta de leite relacionado a ansiedade.  <b>Organização:</b> Ela e o marido estão desempregados. Deixou de fazer muita coisa para amamentar.	<b>Fortalecedora:</b> Mãe, avó, primas e tia amamentaram.  <b>Fragilizadora:</b> Frustração por não ter conseguido amamentar.	<b>Ajuda material e serviços:</b> Família sempre ajudava, cuidava do filho.  <b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Conversa, incentivo, conselhos de AM, médica orientou no pré natal.  <b>Regulação Social:</b> Práticas impositivas para amamentar da família e dos profissionais.
<b>FAMÍLIA 3</b> <b>PAI 3</b>	-	<b>Práticas alimentares:</b> O bebê mamou pouco no peito, recusou, a mãe não forçou AM, iniciou fórmula láctea.	<b>Emocionais:</b> 'ela foi uma mulher de fibra', 'ela é uma pessoa reservada'.	<b>Fortalecedora:</b> Acompanhava as irmãs amamentando. Fragilizadora: Não tinham experiência com amamentação, primeiro filho.	<b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Conselho para continuidade da AM.  <b>Apoio emocional:</b> Apoio e segurança para AM.  <b>Companhia social</b> : Presença - ficou na casa dos avós. Estava sempre ao lado dela.

### APÊNDICE 3 – QUADRO SÍNTESE DAS FAMÍLIAS

(Continuação)

<p><b>FAMÍLIA 3</b> <b>AVÓ 3</b></p>	<p><b>Visão:</b> Amamentação deixa os filhos saudáveis, gordos, bonitos, formosos, não ficaram doentes. Necessária para a criança.</p>	<p><b>Biológicas:</b> Desnutrido, internação por 11 dias, língua presa. Sequela muito forte (síndrome de down).  <b>Práticas alimentares:</b> Chás, introdução de fórmula na internação. Desmame precoce. Introdução alimentar precoce, aos três meses.</p>	<p><b>Biológicas:</b> Doença materna - mioma.</p>	<p><b>Fragilizadora:</b> Criou dois filhos na mamadeira. Neta não conseguiu amamentar. Fortalecedora: Amamentou os outros filhos. 'meus filhos tinham alimento no seio a vontade... eu tinha muito leite.'</p>	<p><b>Ajuda material e serviços:</b> cuidado com a criança. <b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Conselhos sobre AM. <b>Companhia social:</b> Participação - observação, presença.</p>
<p><b>FAMÍLIA 4</b> <b>MÃE 4</b></p>	<p><b>Visão:</b> Amamentar é cansativo, tem que perseverar, necessária para a criança, saudável. Promove o vínculo. <b>Expectativa:</b> 'não via a hora de amamentar...é bem gostoso'.</p>	<p><b>Práticas alimentares:</b> 'até os quatro meses só peito, mais nada'. Ofertou de chá. Criança come de tudo. Introdução alimentar aos 5 meses.</p>	<p><b>Biológicas:</b> Mamilo fissurou e sangrou.</p>	<p><b>Fortalecedora:</b> Amamentou os outros filhos. Grande produção de leite. Mãe amamentou seis filhos até três anos, sogra amamentou quatro filhos, irmã amamentou até os 2 anos.</p>	<p><b>Ajuda material e serviços:</b> Mãe, marido e cunhada cuidaram da casa, dos outros filhos e do bebê. <b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Esposo e cunhada conversaram e aconselharam, profissional orientou. <b>Apoio emocional:</b> Bom relacionamento com o marido. <b>Lacunas da rede:</b> Família não opinou na amamentação.</p>



### APÊNDICE 3 – QUADRO SÍNTESE DAS FAMÍLIAS

(Continuação)

<p><b>FAMÍLIA 5</b> <b>MÃE 5</b></p>	<p><b>Expectativa:</b> 'se fosse por mim, por causa de eu não ter bico, eu não tinha amamentado'.  <b>Visão:</b> Necessária para a criança, saúde, prazerosa. 'é uma fase tão boa, não me arrependo... eu gosto de dar mamar'.</p>	<p><b>Práticas alimentares:</b> AME até 6/7 meses. Ofertava chás. Início fórmula aos 7 meses devido o retorno ao trabalho.</p>	<p><b>Biológicas:</b> Descolamento de placenta durante a <b>gestação.</b> <b>Organização:</b> Priorizava o bebê, o resto fazia se dava tempo. Retornou ao trabalho com 6 meses.</p>	<p><b>Fragilizadora:</b> Uma prima não amamentou. <b>Fortalecedora:</b> Mãe, sogra, tias e o restante das primas amamentaram.</p>	<p><b>Ajuda material e serviços:</b> esposo cuida da casa. Guia cognitivo e conselhos: mãe e sogra aconselharam, ajudaram, insistiram, conversaram. <b>Apoio emocional</b> Suporte profissional - grupo gestantes. Família a acalmava. <b>Companhia social</b> : Presença - mãe, esposo</p>
<p><b>FAMÍLIA 5</b> <b>PAI 5</b></p>	<p><b>Visão:</b> AM acalma o bebê. <b>Mitos e crenças:</b> O leite não sustenta mais.</p>	<p><b>Comportamento:</b> Choroso.  <b>Práticas alimentares:</b> RN teve dificuldade para pegar no seio, mas depois conseguiu. Come de tudo - leite de vaca, não tem regra para comer, come o que quiser.</p>	<p>-</p>	<p><b>Fortalecedoras:</b> Sogra e mãe passaram orientações porque tem experiência.</p>	<p><b>Ajuda Material e de serviços:</b> Cuidava do bebê. Sua mãe ajudou a esposa a amamentar. Enfermeiras da US foram bem atenciosas. <b>Companhia Social:</b> Presença: ficava junto. Participava ofertando a mamadeira. <b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Incentivo das enfermeiras - em todo tempo ficaram incentivando ela. Sogra e mãe incentivaram e conversaram.</p>



### APÊNDICE 3 – QUADRO SÍNTESE DAS FAMÍLIAS

(Continuação)

<b>FAMÍLIA 6</b> <b>MÃE 6</b>	<b>Visão:</b> É legal, amamentar. gostoso	<b>Práticas alimentares:</b> 'Ficou até os quatro meses só no peito sem nada mesmo, daí nos cinco eu comecei a dar água, suco. Aos seis meses eu comecei a dar papinha'.	<b>Biológicas:</b> Fissura e sangramento do mamilo. Dor ao amamentar.	<b>Fortalecedora:</b> 2 irmãs amamentaram. Mãe amamentou 11 filhos. <b>Fragilizadora:</b> Desmame por nova gestação. Uma irmã não amamentou nenhum dos 4 filhos.	<b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Orientação na maternidade. Ajuda Material e de serviços: ajuda na casa - marido, cunhado. <b>Lacunas da rede:</b> Rede restrita. 'senti dor quando uma mulher apertou bem forte meu seio no hospital'. Não conversa sobre AM com a família.
<b>FAMÍLIA 6</b> <b>PAI 6</b>	<b>Visão:</b> Prioridade - 'vai larga o que você está fazendo e vai dar de mamar para as neném, tem que dar de mamar para as neném'. <b>Mitos e crenças:</b> Horário para mamar - 'eu sempre falei pra ela, sempre é em duas horas dar de mamar, porque não pode demorar muito'.	-	-	-	<b>Ajuda Material e de serviços:</b> Cuidava da casa. <b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Orientação dos médicos e enfermeiras. <b>Apoio emocional:</b> Paciência com a esposa. <b>Lacunas da rede:</b> Não participava da amamentação.

### APÊNDICE 3 – QUADRO SÍNTESE DAS FAMÍLIAS

(Continuação)

<b>FAMÍLIA 8</b> <b>MÃE 8</b>	<b>Visão:</b> Amamentação é necessária para a criança e econômica.	<b>Biológicas:</b> Internação. Obesidade (13kg com 6 meses). <b>Práticas alimentares:</b> 'ele foi internado ai eles deram leite NAN para ele, depois ele não quis mais o peito. (Depois da internação) ele negou até o último, gritava, morria de fome mas não mamava. 'Desmame e introdução alimentar precoce.	<b>Biológicas:</b> Dor ao amamentar. <b>Emocionais:</b> Desânimo. <b>Organização:</b> Trabalhava durante o dia. Retorno ao trabalho com cinco meses.	<b>Fortalecedora:</b> Amamentou o outro filho. Mãe amamentou todos os 8 filhos.	<b>Ajuda material e serviços:</b> 'Mãe fazia comida, lavava a roupa, limpava a casa, tudo isso, no meu lugar mas cuidar deles quem cuidava era eu.' <b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Conversa e conselhos da mãe. Regulação Social: Práticas impositivas da família. <b>Lacunas da rede:</b> Rede restrita. Não se dá bem com a sogra.
<b>FAMÍLIA 8</b> <b>AVÓ 8</b>	<b>Visão:</b> Normal. Melhor coisa que tem para criança.	-	-	<b>Fortalecedora:</b> Amamentou todos os 8 filhos.	<b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Orientava a filha sobre como amamentar. 'falava para ela que o leite do seio é a melhor vitamina'.

### APÊNDICE 3 – QUADRO SÍNTESE DAS FAMÍLIAS

(Continuação)

<p><b>FAMÍLIA 10</b> <b>MÃE 10</b></p>	<p><b>Expectativa:</b> Vontade de amamentar.</p> <p><b>Visão:</b> Amamentação é prazerosa, gostava de amamentar, promove o vínculo. 'é uma opção minha, independente do que iam falar ou deixar de falar, eu ia amamentar do mesmo jeito'. Necessária para a criança.</p> <p><b>Mitos e crenças:</b> Amamentação cruzada.</p>	<p><b>Práticas alimentares:</b> Introdução alimentar oportuna.</p>	<p><b>Emocionais:</b> Confiante, feliz.</p> <p><b>Biológicas:</b> Teve bastante leite. Teve sempre uma boa. Dor, fissura e sangramento ao amamentar.</p> <p><b>Organização:</b> 'nas horas ele dorme, eu consigo fazer as minhas coisinhas.' 'não posso parar minha vida também por causa do bebê.'</p>	<p><b>Fortalcedoras:</b> Amamentou os outros filhos. Todas da família amamentaram.</p> <p><b>Fragilizadora:</b> Percepção de pouco leite.</p>	<p><b>Ajuda material e serviços:</b> Toda família sempre me ajudava a amamentar. Enfermeiras e médica ajudaram no AM.</p> <p><b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Esposo - conselhos, conversa. Família incentivou e apoiou. Mãe, filha. Hospital.</p> <p><b>Apoio emocional:</b> 'todas elas assim amamentaram, deram força.' Sente-se amada. Suporte profissional. Companhia social Presença da avó.</p>
--	---	--	---	---	--

### APÊNDICE 3 – QUADRO SÍNTESE DAS FAMÍLIAS

(Continuação)

<b>FAMÍLIA 10</b> <b>PAI 10</b>	<p><b>Expectativas:</b> Força de vontade dela de ser mãe.</p> <p><b>Visão:</b> Direito de amamentar - 'tinha que ter pelo menos uns dois anos de licença maternidade'. Promove o vínculo.</p> <p><b>Mitos e crenças:</b> Leite fraco, casca de banana.</p>	<p><b>Práticas alimentares:</b> Criança mama bem.</p>	<p><b>Biológicas:</b> Esposa tinha dor ao amamentar, fissuras nos mamilos.</p> <p><b>Organização:</b> Esposa tinha tempo para amamentar, ficava em casa com os filhos.</p>	<p><b>Fortalecedoras:</b> Via e acompanhava primas e parentes amamentando.</p> <p><b>Fragilizadoras:</b> Não saía leite no começo.</p>	<p><b>Ajuda material e serviços:</b> Fazia chá de erva doce: cuidava da casa, cuidava do bebê, brincava, dormia junto.</p> <p><b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Conversava bastante com ela. Busca de informações na Internet.</p> <p><b>Apoio emocional:</b> Dava apoio moral para esposa.</p> <p><b>Companhia social:</b> Companheiro um do outro, na dor, na tristeza, na alegria.</p>
<b>FAMÍLIA 11</b> <b>MÃE 11</b>	<p><b>Expectativa:</b> 'eu falava que não ia dar de mamar para ela... mas depois que ela nasceu eu dei'.</p> <p><b>Visão:</b> Necessária para a criança, promove o vínculo. Dependência da criança da mãe.</p> <p><b>Mitos e crenças:</b> Amamentação cruzada.</p>	<p><b>Biológicas:</b> Doença da criança.</p> <p><b>Práticas alimentares:</b> introdução alimentar oportuna. Oferta de chás.</p>	<p><b>Biológicas:</b> Na Gravidez teve bastante vômito. Dor ao amamentar. Doença materna no puerpério levou ao desmame da criança pelo uso de antibióticos.</p> <p><b>Organização:</b> Trabalho informal. 'nas horas que ele dorme consigo fazer minhas coisas'.</p>	<p><b>Fortalecedoras:</b> Mãe amamentou todos os filhos e amamenta até hoje.</p> <p><b>Fragilizadora:</b> Sogra não amamentou.</p>	<p><b>Ajuda material e serviços:</b> Cuidados com a mama mãe arrumou uma esgotadeira. Irmão mamou nela para esgotar o seio.</p> <p><b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Conversa, conselhos com a mãe. Orientações, palestra na maternidade.</p> <p><b>Lacunas da rede:</b> Demora para orientação na maternidade. US não ensinou a AM.</p>

### APÊNDICE 3 – QUADRO SÍNTESE DAS FAMÍLIAS

(Continuação)

<b>FAMÍLIA 11</b> <b>AVÓ 11</b>	<b>Visão:</b> Gostar de amamentar	<b>Práticas alimentares:</b> Filho mama no peito depois que volta da creche.	<b>Biológicas:</b> Filha teve problema nos rins e parou de amamentar.	<b>Fortalecedoras:</b> 'é o quarto filho que eu estou amamentando'.	<b>Guia cognitivo e conselhos:</b> incentivo no hospital e na creche. Dava orientação e conselhos sobre amamentação. <b>Companhia social:</b> Presença <b>Regulação Social:</b> A médica mandou tirar do seio. Práticas impositivas
<b>FAMÍLIA 12</b> <b>MÃE 12</b>	<b>Expectativa:</b> Vontade de amamentar.  <b>Visão:</b> AM é econômico.  <b>Mitos e crenças:</b> Leite fraco.	<b>Comportamento:</b> Choro, associado com fome.  <b>Práticas alimentares:</b> Fórmula: 'no hospital davam suplemento para ela, ela não chegou a mamar no meu peito diretamente por esses sete dias. 'Dificuldades para amamentar: 'mas depois também ele mamou pouco.ele não quis mais pegar o peito'. Introdução alimentar precoce.	<b>Biológicas:</b> mamilo fissurado e sangrante.	<b>Fortalecedoras:</b> Sogra amamentou três filhos.  <b>Fragilizadoras:</b> Percepção de pouco leite.Cunhada amamentar mas não conseguiu.	<b>Ajuda material e serviços:</b> Ajuda financeira do pai, esposo cuida dos filhos e nos afazeres da casa.  <b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Conversava com cunhadas e esposo. Orientação na maternidade.  <b>Lacunas da Rede:</b> Rede restrita, família distante.Não foi orientada na US. Ninguém opinou da família na amamentação.

### APÊNDICE 3 – QUADRO SÍNTESE DAS FAMÍLIAS

(Continuação)

<p><b>FAMÍLIA 13</b> <b>MÃE 13</b></p>	<p><b>Expectativa:</b> 'imaginava que eu não ia conseguir amamentar ela'.</p> <p><b>Visão:</b> Necessária para a criança, saúde, previne doenças.</p> <p><b>Mitos e crenças:</b> Leite não estava sustentado.</p>	<p><b>Práticas alimentares:</b> Cinco meses só no peito. Ofertou chá. Introdução alimentar oportuna.</p>	<p><b>Biológicas:</b> Múltiplas infecções durante a gestação, internação, isolamento. Manteve Internação após o parto para ATB. Fissuras no mamilo.</p> <p><b>Organização:</b> 'As minhas atividades eram feitas enquanto ela dormia'.</p>	<p><b>Fragilizadora:</b> Mãe amamentou bem pouco. Os outros da família direto na mamadeira.</p>	<p><b>Ajuda material e de serviços:</b> Enfermeira da maternidade ajudou na amamentação.</p> <p><b>Guia cognitivo e conselhos</b> Conversava com o marido, incentivou na amamentação. Orientação da enfermeira da maternidade.</p> <p><b>Lacunas da rede:</b> Família desanimava a amamentar. Não teve orientação no pré-natal sobre Restrita - relacionamento distante com a família, ninguém participou.</p>
--	---	--	--	---	--

### APÊNDICE 3 – QUADRO SÍNTESE DAS FAMÍLIAS

(Continuação)					
<b>FAMÍLIA 13</b> <b>PAI 13</b>	<b>Visão:</b> Necessária para a criança, melhor alimento.	<b>Práticas alimentares:</b> mama bem, foi direto no peito, pegou muito fácil. Introdução alimentar aos 5 meses. Não teve dificuldade de mamar.	-	-	<p><b>Ajuda material e serviços:</b> Cuidava do bebê enquanto a esposa fazia as tarefas da casa.</p> <p><b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Buscavam informações na internet. Conversava com a criança.</p> <p><b>Companhia social:</b> Presença.</p> <p><b>Regulação social:</b> 'eu falo pra ela que tem que mamar, tem que dar de mamar'.</p> <p><b>Lacunas da rede:</b> Primas desencorajaram AM. Rede restrita - separado da família.</p>
<b>FAMÍLIA 15</b> <b>MÃE 15</b>	<b>Expectativa:</b> Vontade de amamentar. <b>Visão:</b> Prazerosa, emocionante.	<b>Práticas alimentares:</b> introdução alimentar oportuna. 'só tá no peito, nenhum momento foi colocado na mamadeira ainda'.	<p><b>Biológicas:</b> CST.</p> <p><b>Organização:</b> 'você tem que deixar muita coisa sem deixar de fazer para cuidar deles'.</p>	<p><b>Fortalecedoras:</b> Irmã, cunhada, mãe e sogra amamentaram</p> <p><b>Fragilizadoras:</b> Sogra não conseguiu amamentar um dos filhos porque o leite secou. Cunhada que tirou do seio e se arrependeu.</p>	<p><b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Irmã e marido conversavam bastante. Mãe e marido, insistiram bastante. Incentivo - mãe, sogra, cunhada. orientavam lá na maternidade - cuidados com a mama e pega.</p>

### APÊNDICE 3 – QUADRO SÍNTESE DAS FAMÍLIAS

(Continuação)

<p><b>FAMÍLIA 16</b> <b>MÃE 16</b></p>	<p><b>Expectativa:</b> Vontade de amamentar. 'eu queria muito amamentado'.</p> <p><b>Visão:</b> Prazerosa. 'eu sempre gostei daquele momento próximo de ele estar perto de mim'.</p>	<p><b>Biológicas:</b> Internação na UTI por broncoaspiração. Não ganhava peso.</p> <p><b>Práticas alimentares:</b> Dificuldades na pega e sucção. Desmame precoce após a internação. Introdução de fórmula láctea.</p>	<p><b>Emocionais:</b> Medo de dar o peito após a broncoaspiração da criança.</p> <p><b>Organização:</b> 'só meu marido está trabalhando, que eu estou querendo colocar eles na creche para eu poder trabalhar'.</p>	<p><b>Fortalecedoras:</b> Minha mãe amamentou todos os 9 filhos. Cunhadas amamentaram.</p> <p><b>Fragilizadoras:</b> Irmã não amamentou, bebê não pegou no peito.</p>	<p><b>Ajuda material e serviços:</b> Marido dormia na UTI.</p> <p><b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Conversava com irmã. Orientações e palestra na US.</p> <p><b>Apoio emocional:</b> Trabalho- foram compreensivos, ajudaram. Liberação do Trabalho para acompanhar na UTI.</p> <p><b>Companhia social:</b> Participação e presença esposo, filhos, US.</p> <p><b>Lacunas da rede:</b> Não fui incentivada a amamentar. Rede restrita- parentes distantes. Família não acompanhou.</p>
--	--	--	---	---	--



### APÊNDICE 3 – QUADRO SÍNTESE DAS FAMÍLIAS

(Conclusão)				
<b>FAMÍLIA 17</b> <b>MÃE 17</b>	<p><b>Expectativa:</b> Vontade de amamentar</p> <p><b>Visão:</b> prazerosa, dom, necessária para a criança. 'tudo que é natural é bom'. 'Eu sou a favor do peito'.</p> <p><b>Mitos e expectativas:</b> Amamentar muda o seio.</p>	<p><b>Biológicas:</b> complicações no nascimento.</p> <p><b>Práticas alimentares:</b> introdução alimentar precoce, relacionado ao retorno ao trabalho da mãe. Oferta de leite de vaca.</p>	<p><b>Biológicas:</b> Parto complicado.</p> <p><b>Emocionais:</b> Ansiedade, estresse, crise de choro, iniciou fluoxetina.</p> <p><b>Organização:</b> Quatro meses em casa de licença maternidade. Múltiplas atividades - trabalho, filhos e casa.</p>	<p><b>Fortalecedores:</b> Sobrinha, irmã, prima não amamentaram. Avó amamentou 15 filhos. Cunhada, irmã e tias amamentaram.</p> <p><b>Fragilizadoras:</b> Percepção de pouco leite.</p> <p><b>Ajuda material e serviços:</b> Sogro ajudou financeiramente, comprou remédios. Irmã e cunhada cuidaram da criança. Esposo ajuda na casa e com as crianças.</p> <p><b>Guia cognitivo e conselhos:</b> Cunhadas e irmã conversam, enfermeiras da maternidade incentivaram.</p> <p><b>Apoio emocional:</b> US trata bem. <b>Lacunas da rede:</b> Atendimento ruim no hospital. Rede restrita- Família mora longe. esposo não opinava no AM.</p>

FONTE: O autor (2017)

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP/SD

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



### PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O CUIDADO FAMILIAR A CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

**Pesquisador:** Verônica de Azevedo Mazza

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58913916.0.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.766.141

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa proveniente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR, sob orientação da Professora Verônica de Azevedo Mazza, com a participação das mestras Livia Perissé Baroni Wagner, Leandra da Silva Faria dos Santos e da Profa Dra Silvana Regina Rossi Kissula. O projeto prevê um estudo de casos múltiplos, com abordagem qualitativa e de caráter descritivo, a ser desenvolvido com mães e familiares de lactentes com idade entre 6 meses a 1 ano. Para o recrutamento dos participantes será escolhido o distrito sanitário de Curitiba que possua maior número de crianças de 0 a 1 ano de idade e deste serão selecionadas 3 unidades de Estratégia de Saúde da Família. O recrutamento se dará por meio de folhetos informativos sobre a pesquisa, que serão entregues aos usuários das unidades de saúde. A amostra será composta por 80 participantes. Com o estudo pretende-se descrever como ocorre o cuidado familiar com a criança no primeiro ano de vida e como a família se organiza para atender às necessidades da criança, com enfoque no aleitamento materno e na participação do pai neste cuidado.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Geral:** Descrever o cuidado familiar à criança no primeiro ano de vida.

#### Objetivos Específicos:

- Descrever o papel da família na amamentação.
- Apreender a percepção das famílias sobre o aleitamento materno. Compreender o papel do

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo  
**Bairro:** Alto da Glória  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.766.141

paterno no cuidado a criança. Apreender as necessidades dos pais para o cuidado do filho.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo as pesquisadoras a pesquisa terá como benefícios: " benefícios diretos: ao conhecerem o papel da família no cuidado a criança no primeiro ano de vida, será possível identificar quais aspectos colaboram para o sucesso da amamentação, para o fortalecimento do papel paterno e quais práticas familiares promoveram e quais complicaram o desenvolvimento saudável da criança. Quanto ao benefício indireto para os enfermeiros: por meio do resultado, serão obtidas informações que auxiliarão em intervenções mais direcionadas e efetivas para as famílias de crianças no primeiro ano de vida, a fim de que se reforcem ações que sejam benéficas e reconstruam-se as complicadoras para o seu desenvolvimento."

Quanto aos riscos, as pesquisadoras descrevem o constrangimento ao responder o questionário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa com relevância atestada pela Profª. Elizabeth Bernardino.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados e são adequados.

**Recomendações:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto de pesquisa com Instituição Co-participante (Prefeitura Municipal de Curitiba) aprovado para execução.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR **Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.766.141

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Por se tratar de pesquisa envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS.

Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_772795.pdf	16/09/2016 16:42:10		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.docx	16/09/2016 16:41:07	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_18_08.pdf	18/08/2016 17:20:38	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.pdf	18/08/2016 14:32:45	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito
Outros	check_list_cep.pdf	15/08/2016 16:29:37	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_dados_arquivo.pdf	15/08/2016 16:28:43	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_inicio_da_pesquisa.pdf	15/08/2016 16:27:53	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	15/08/2016 16:27:14	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito
Outros	instituicao_coparticipante.pdf	15/08/2016 16:26:30	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito
Outros	concordancia_servicos.pdf	15/08/2016 16:26:03	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito
Outros	ata_colegiado.pdf	15/08/2016 16:25:11	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito
Outros	oficio_pesquisador_ao_cep.pdf	15/08/2016 16:24:10	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito
Outros	analise_de_merito.pdf	15/08/2016 16:19:33	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_uso_especifico_dos_dados.pdf	15/08/2016 16:18:43	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_responsabilidades.pdf	15/08/2016 16:17:46	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR **Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.766.141

Declaração de Pesquisadores	declaracao_publicos_resultados.pdf	15/08/2016 16:17:12	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	15/08/2016 16:14:50	Livia Perisse Baroni Wagner	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 07 de Outubro de 2016

---

**Assinado por:**  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

**ANEXO 2 - APRECIÇÃO COMITÊ DE ÉTICA SMS DE CURITIBA**

CURITIBA

*Prefeitura Municipal de Curitiba  
Secretaria Municipal da Saúde  
Centro de Educação em Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa*

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que o(a) pesquisador(a) Verônica de Azevedo Mazza, protocolou sob o número 118/2016 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "O cuidado familiar à criança no primeiro ano de vida".  
(CAAE: 58913916.0.0000.01202).

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Informamos que o projeto recebeu sugestões de alteração que deverão ser comunicadas pelo pesquisador ao Comitê de Ética da Instituição Proponente.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança dos participantes nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 22 de fevereiro de 2017.

**Samuel Jorge Moysés**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba